

Aus der Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin der
Ludwig-Maximilians-Universität München
Direktorin: Prof. Dr. C. Bausewein

**Die Rolle von Seelsorgerinnen und Seelsorgern bei
Therapieentscheidungen und Ethikberatung am Lebensende**

Dissertation
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Stephanie Katharina Clemm

aus
Starnberg

Jahr
2015

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. T. Roser

Mitberichterstatter: PD Dr. S. Sehlen
PD Dr. Dr. B. Feddersen

Dekan: Prof. Dr. med. dent. R. Hickel

Tag der mündlichen Prüfung: 19.11.2015

Die Rolle von Seelsorgerinnen und Seelsorgern bei Therapieentscheidungen und Ethikberatung am Lebensende

1. Einleitung	3
1.1. Aufbau und Funktion von Institutionen klinischer Ethikberatung in Deutschland	3
1.2. Historische Entwicklung von Einrichtungen klinischer Ethikberatung	5
1.3. Rolle der Seelsorge in Institutionen der Ethikberatung	7
1.4. Rolle der Seelsorge bei Therapieentscheidungen am Lebensende	9
1.5. Beitrag der Seelsorge zu einer ganzheitlichen Sicht auf den Patienten	10
2. Fragestellung und Zielsetzung	12
3. Methoden	13
3.1. Fragebogen	13
3.2. Stichprobe	13
3.3. Datenverwaltung	14
3.4. Datenanalyse	15
3.4.1. Quantitative Daten	15
3.4.1.1. Kodierung und Dateneingabe	15
3.4.1.2. Statistische Analyse	16
3.4.2. Beobachtungen am Freitext	17
4. Ergebnisse	18
4.1. Rücklauf und verwertbare Fälle	18
4.2. Quantitative Analyse	18
4.2.1. Demographische Angaben	18
4.2.2. Fragen zur Praxis	23
4.2.2.1. Deskriptive Analyse	23
4.2.2.2. Statistische Analyse	30
4.2.3. Fragen zu ethischen Problemstellungen	38
4.2.3.1. Deskriptive Analyse	38
4.2.3.2. Statistische Analyse	48
4.3. Beobachtungen am Freitext	54
5. Diskussion	60
5.1. Fragen zur Praxis	60
5.2. Fragen zu ethischen Problemstellungen	67

5.2.1.	Medizinethisch-rechtliche Problemfelder	67
5.2.2.	Diskussion	69
5.3.	Leistungen und Limitationen der Studie	75
6.	Zusammenfassung	76
7.	Publikationen	78
8.	Literaturverzeichnis	79
9.	Abbildungsverzeichnis	86
10.	Danksagung	87
11.	Anhang: Fragebogen	88
12.	Eidesstattliche Versicherung	94

1. Einleitung

1.1. Aufbau und Funktion von Institutionen klinischer Ethikberatung in Deutschland

Seit Beginn der 1990er – Jahre wird in Deutschland die zunehmende Gründung von Ethikberatungen beobachtet.¹ Dieser Entwicklung trägt die Zentrale Ethikkommission der Bundesärztekammer im Jahr 2006 Rechnung, indem sie eine „Stellungnahme [...] zur Ethikberatung in der klinischen Medizin“² veröffentlicht, die erstmalig Empfehlungen und Standards für diese Einrichtungen beinhaltet: Darin wird die Gründung solcher Beratungseinrichtungen ausdrücklich begrüßt. Sie sind zunächst grundsätzlich abzugrenzen von Ethikkommissionen, die sich mit „Stellungnahmen zu medizinischen Forschungsvorhaben am Menschen“³ beschäftigen, wohingegen Ethikberatungen sich ethischen Problematiken „aus dem Alltag, der Behandlung und Pflege von Patienten“⁴ zuwenden. Als mögliche Organisationsformen dieser Beratungseinrichtungen werden hierbei neben der klassischen Form des Ethik – Komitees im Sinne eines multidisziplinären Beratungsgremiums auch einzelne Ethikberater, bzw. Untergruppen des Ethik – Komitees im Sinne eines ethischen Konsildienstes, sowie informelle, offenere Strukturen benannt, beispielsweise Ethik – Cafés. Es werden auch die vornehmlichen Aufgaben dieser Einrichtungen artikuliert: dies ist zunächst die Einzelfallberatung, die sich mit ethisch problematischen Entscheidungen oder unklaren Aspekten im Zuge der Behandlung einzelner Patienten beschäftigt. Außerdem sollen sich Einrichtungen klinischer Ethikberatung der Erstellung interner Leitlinien widmen, die, im Rahmen der aktuellen gesetzlichen Bedingungen, standardisierte Vorgehensweisen für wiederholt auftretende ethisch problematische Situationen transparent darstellen. Sie sind des weiteren verantwortlich für die Organisation von Fort – und Weiterbildungsveranstaltungen bezüglich ethischer Thematiken und sollen nicht zuletzt durch ihre Tätigkeit zu einem erweiterten ethischen Verständnis auf organisationaler Ebene in der Einrichtung beitragen, in der

Anmerkung: Da in der vorliegenden Arbeit auch geisteswissenschaftliche Inhalte thematisiert werden, wurde die dort übliche Zitierweise verwendet.

¹ Vgl. E. C. Winkler (2009), Sollte es ein favorisiertes Modell klinischer Ethikberatung für Krankenhäuser geben? – Erfahrungen aus den USA, in: Ethik Med 2009, 21, DOI 10.1007/s00481-009-0027-6, S. 309-322, S. 311.

² Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer zur Ethikberatung in der klinischen Medizin (24. Januar 2006), in: Deutsches Ärzteblatt 2006, 103(24), A 1703-1707, S. A 1703.

³ Ebenda, S. A1703.

⁴ Ebenda, S. A1703, dort auch die Zitate des folgenden Absatzes.

sie tätig sind.⁵ In der Veröffentlichung werden auch weitere problematische Aspekte, die im Zuge der Tätigkeit klinischer Ethikberatungen entstehen können und entstehen, thematisiert: Zunächst ist deutlich festzuhalten, dass eine Beratung durch eine solche Einrichtung nur auf freiwilliger Basis erfolgen kann. Dies gilt sowohl auf Seiten des Behandelten als auch auf Seiten des Behandlungsteams. Außerdem erfordert die Tätigkeit solcher Ethikdienste Zeit. Es wird jedoch ausdrücklich darauf hingewiesen, dass durch die Tätigkeit von Ethikdiensten auch auf ökonomischer Ebene erhöhte Effektivität möglich sein kann, beispielsweise durch eine Verminderung problematischer Kommunikationsstrukturen oder zwischenmenschlicher Konflikte. Thema der Veröffentlichung sind außerdem die wichtigsten rechtlichen Aspekte: demnach entbinden die Entscheidungen einer Ethikberatung den jeweils Handelnden nicht von seiner individuellen Verantwortung. Außerdem ist eine Beratung möglichst unter Wahrung der Anonymität des Patienten durchzuführen. Ist dies nicht möglich, sollte eine Einverständniserklärung des Patienten für eine Beratung vorliegen. Die Mitglieder der Beratungseinrichtung unterliegen, sofern sie das nicht schon aufgrund ihrer beruflichen Zugehörigkeit tun, der Schweigepflicht. Die Ergebnisse der Beratung sollen in der Patientenakte schriftlich dokumentiert werden.

Im Jahr 2010 werden diese Empfehlungen der Zentralen Ethikkommission durch eine Veröffentlichung des Vorstands der Akademie für Ethik in der Medizin e.V. erweitert: Auch in den „Standards für Ethikberatung in Einrichtungen des Gesundheitswesens“⁶ werden die wichtigsten Ziele, Aufgaben und Organisationsformen von Einrichtungen der Ethikberatung erläutert. Dabei wird explizit auf die Notwendigkeit der Evaluation der Tätigkeit dieser Einrichtungen hingewiesen und es wird auf eine Modifikation der Dokumentation zu diesem Zweck aufmerksam gemacht: eine Kopie der Dokumentation soll, unter Wahrung datenschutzrechtlicher Vorgaben, auch bei der beratenden Institution hinterlegt werden.⁷ Der hier thematisierte Aspekt der Evaluation der eigenen Arbeit ist eine bisher noch nicht zufriedenstellend gelöste Aufgabe der Einrichtungen der Ethikberatung, wie Eva C. Winkler bemerkt: So „[...] stellt die Evaluation [...] ein methodisches Problem dar, das bislang nicht gelöst ist.“⁸

⁵ Vgl. auch M. B. Mahowald (1989): Hospital Ethics Committees: Diverse and Problematic, in: HEC Forum 1989, 1, S. 237–246, S. 239.

⁶ Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin e.V. (2010), Standards für Ethikberatung in Einrichtungen des Gesundheitswesens, in: Ethik Med 2010, 22, DOI 10.1007/s00481-010-0053-4, S. 149-153.

⁷ Vgl. ebenda S. 153.

⁸ E. C. Winkler (2009), Sollte es ein favorisiertes Modell klinischer Ethikberatung für Krankenhäuser geben? – Erfahrungen aus den USA, in: Ethik Med 2009, 21, DOI 10.1007/s00481-009-0027-6, S. 309-322, S. 313.

1.2. Historische Entwicklung von Einrichtungen klinischer Ethikberatung

Die zunehmende Implementierung ethischer Beratungseinrichtungen spiegelt die angestiegenen und ansteigenden ethischen Herausforderungen im Gesundheitswesen wider. „Die Ursachen für den zunehmenden Ruf nach klinischer Ethik sind [...] der enorme technologische Fortschritt in der Medizin, die Anerkennung von Patientenrechten und die ökonomische und politische Veränderung des Gesundheitssystems [...].“⁹ Eine wichtige Rolle bei der ansteigenden Zahl dieser Einrichtungen spielt nicht zuletzt sicherlich auch die Anerkennung derselben im Zuge von Zertifizierungsprozessen.¹⁰ Die dahingehende Entwicklung, die in Deutschland seit den 90er – Jahren zu beobachten ist, begann in den USA schon deutlich früher: So gab es zur „Stabilisierung und Sicherstellung moralischer Standards“¹¹ bereits um 1920 in einigen „katholischen Krankenhäusern Gremien [...], die als ‘medizinisch-moralische Komitees’ (medico-moral committees) bezeichnet wurden. [...] Ihre Aufgabe bestand seinerzeit vor allem darin, die Einhaltung von Normen der katholischen Morallehre zu Fragen der Empfängnisverhütung, Abtreibung, Euthanasie usw. zu überwachen.“¹² Ein weiterer Meilenstein in ihrer Entwicklung stellt auch das Jahr 1962 dar. Am Universitätsklinikum Seattle wurden als einer der ersten Kliniken Dialyseapparate eingerichtet. Dabei blieb die Zahl der vorhandenen Geräte deutlich unter der Zahl der benötigten, sodass den Ärzten ein Bürgerkomitee zu Seite gestellt wurde, welches mit der Zuteilung der Dialyseplätze sehr weitreichende Entscheidungen, die im Einzelfall Entscheidungen über Leben und Tod bedeuteten, zu treffen hatte.¹³ Die Einrichtung von Ethikberatungen im oben ausgeführten, engeren Sinne begann in den USA vor rund 30 Jahren.¹⁴ Sie ist mittlerweile weit fortgeschritten, wie Ellen Fox und andere in einer 2007 veröffentlichten Untersuchung herausfanden: in einer telefonischen Umfrage wurde dabei die Häufigkeit von

⁹ Ebenda, S. 311.

¹⁰ Vgl. F. Ley (2004), Rationalisierung und Rationierung – Zum aktuellen Problemhorizont klinischer Ethik – Komitees, in: Gesundheit – Gesellschaft – Wissenschaft 2004, 4(2), S.7-15, S. 13.

¹¹ Ebenda, S. 10.

¹² N. Steinkamp, B. Gordijn (2005), Ethik in der Klinik – ein Arbeitsbuch Neuwied, S. 91.

¹³ Vgl. F. Ley (2004), Rationalisierung und Rationierung – Zum aktuellen Problemhorizont klinischer Ethik – Komitees, in: Gesundheit – Gesellschaft – Wissenschaft 2004, 4(2), S. 7-15, S. 10f.

¹⁴ Vgl. E. C. Winkler (2009), Sollte es ein favorisiertes Modell klinischer Ethikberatung für Krankenhäuser geben? – Erfahrungen aus den USA, in: Ethik Med 2009, 21, DOI 10.1007/s00481-009-0027-6, S. 309-322, S. 310.

ethischen Beratungsdiensten, also „ethics consultation services“¹⁵ (ECSs) in US-amerikanischen Krankenhäusern erfragt. In der repräsentativen Befragung von 600 Krankenhäusern ergab sich, dass 81% aller allgemeinen Krankenhäuser eine Form der Ethikberatung eingerichtet hatten, 14% befanden sich in der Entwicklung solcher Einrichtungen. In bestimmten Krankenhaus – Kategorien war die Prävalenz solcher Ethikberatungen sogar noch höher: „Of all U.S. general hospitals, 81% had ECSs [...] and an additional 14% were in the process of developing them. The prevalence of ECSs varied significantly across hospital categories. The prevalence of ECSs, was 100% in hospitals with more than 400 beds, in Veterans Administration and other federal government hospitals, and in hospitals belonging to the Council of Teaching Hospitals and Health Systems (COTH). More than one ECS was reported in 6% of hospitals; in these hospitals, most (80%) had two ECSs.“¹⁶

In Deutschland kommt dem Jahr 1997 eine bedeutende Rolle im Zuge der Entwicklung klinischer Ethikberatung zu: In diesem Jahr forderten „[...] die beiden großen konfessionellen Krankenhausverbände, der Deutsche Evangelische Krankenhausverband und der Katholische Krankenhausverband Deutschlands, die ihnen angehörenden Einrichtungen zur Gründung von Ethikkomitees [...]“¹⁷ auf. Auch in Deutschland schreitet die Entwicklung dieser Ethikdienste rasch voran: Gaben im Jahr 2000 noch 47 von 795 [5,9%, Anm. S.C.] konfessionellen Krankenhäusern an, eine Form der Ethikberatung eingerichtet zu haben oder mit deren Gründung beschäftigt zu sein, waren die Zahlen bei einer bundesweiten Umfrage aus dem Jahr 2005 deutlich höher. Bereits 14% aller Krankenhäuser Deutschlands hatten demnach ein Klinisches Ethikkomitee eingerichtet bzw. waren dabei, dies zu tun.¹⁸ Mit den Stellungnahmen der Ethikkommission der Bundesärztekammer und des Vorstands der Akademie für Ethik in der Medizin e.V. aus den Jahren 2006 und 2010 fand diese Entwicklung dann auch in standardisierter Form Entsprechung. Die Diskussion ist in Deutschland mittlerweile so weit fortgeschritten, dass es schon Untersuchungen über die unterschiedliche Qualität einzelner Formen der Ethikberatung gibt: aus Erfahrungen in den USA mit den Strukturen Großes Ethikkomitee, Konsilteam und

¹⁵ E. Fox, S. Myers, R. A. Pearlman (2007), Ethics Consultation in United States Hospitals: A National Survey, in: The American Journal of Bioethics 7(2), S.13-25, S. 13.

¹⁶ Ebenda, S. 15.

¹⁷ T. Roser (2007), Spiritual Care. Ethische, organisationale und spirituelle Aspekte der Krankenhauseelsorge, Stuttgart, S. 240.

¹⁸ Vgl. A. Dörries, K. Hespe – Jungesblut (2007), Die Implementierung Klinischer Ethikberatung in Deutschland. Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage bei Krankenhäusern, Ethik in der Medizin 2007, 19(2), S. 148-156, S. 148, 154.

einzelner Ethikberater wird in einer 2009 veröffentlichten Untersuchung von Eva C. Winkler Folgendes geschlossen: „Insgesamt scheint das Konsilteam mit Rückbindung an ein Komitee am besten geeignet, die Behandlung einzelner Patienten und das ethische Bewusstsein einer ganzen Organisation zu verbessern.“¹⁹

1.3. Rolle der Seelsorge in Institutionen klinischer Ethikberatung

Seelsorger* sind sehr häufig Mitglieder von Institutionen klinischer Ethikberatung, wie einige Quellen verdeutlichen:²⁰ So geht beispielsweise die Ethikkommission der Bundesärztekammer von der Präsenz von Seelsorgern in Ethik – Komitees aus: „In der ursprünglichen Form der Ethikberatung, im Klinischen Ethik – Komitee, findet sich in der Regel ein breites Spektrum von Berufsgruppen im Krankenhaus. Hierzu gehören neben Ärzten und Pflegenden auch Krankenhausseelsorger, Psychologen, Sozialarbeiter, Krankengymnasten, Juristen, Mitarbeiter der Verwaltung sowie gegebenenfalls externe Mitglieder, z.B. Patientenfürsprecher.“²¹ Ähnliche Beobachtungen wurden auch in den USA im Rahmen der bereits oben ausgeführten Untersuchung von E. Fox und anderen an US-amerikanischen Krankenhäusern gemacht: 70% der Befragten gaben an, dass Geistliche Mitglieder klinischer Ethikberatung in der jeweiligen Einrichtung seien.²²

Die Untersuchung der spezifischen Rolle der Seelsorge im Rahmen dieser Tätigkeit ist Gegenstand einiger Veröffentlichungen: 1985 publizierte das Journal of Pastoral Care eine diesbezügliche Stellungnahme von R. C. Eyer. Dieser stellt fest, dass mit der seelsorglichen Präsenz in Ethik – Komitees auch Gott innerhalb dieser Komitees präsent wird: „The presence and caring of the clergy on ethics committees is taken to be God’s presence and caring.“²³ In einer Befragung australischer Seelsorger ergab

¹⁹ Eva C. Winkler (2009), Sollte es ein favorisiertes Modell klinischer Ethikberatung für Krankenhäuser geben?- Erfahrungen aus den USA, in: Ethik Med 2009, 21, DOI 10.1007/s00481-009-0027-6, S. 309-322, S. 309.

* Mit den in dieser Arbeit verwendeten Personen- und Tätigkeitsbezeichnungen sind, auch wenn sie aus Gründen der besseren Lesbarkeit nur in einer Form auftreten, beide Geschlechter gemeint.

²⁰ Vgl. U. Eibach (2010), Krankenhausseelsorge unter den Bedingungen medizinischer und ökonomischer Rationalität, in: Zeitschrift für medizinische Ethik 2010, 56(1), S.3-15, S. 15.

²¹ Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer zur Ethikberatung in der klinischen Medizin (24. Januar 2006), in: Deutsches Ärzteblatt, 2006, 103(24), A 1703-1707, S. A 1704.

²² Vgl. E. Fox, S. Myers, R. A. Pearlman (2007), Ethics Consultation in United States Hospitals: A National Survey, in: The American Journal of Bioethics 7(2), S.13-25, S.17.

²³ R. C. Eyer (1985), Clergy’s Role on Medical Ethics Committees, in: The Journal of Pastoral Care 1985, 39, S. 208-212, zitiert nach Traugott Roser (2007), Spiritual Care. Ethische, organisationale und spirituelle Aspekte der Krankenhausseelsorge, Stuttgart, S. 241.

sich, dass eine deutliche Mehrheit (88,9%) eine Beteiligung von Seelsorgern an ethischen Beratungseinrichtungen befürwortet. Dieser theoretischen Zustimmung gegenüber steht die momentane tatsächliche Beteiligung: nur 22,3% von ihnen waren bisher oder sind Mitglieder solcher Einrichtungen.²⁴ Auch in einer Abhandlung über Herausforderungen von Klinikseelsorge aus dem Jahr 2003 wird die Beteiligung von Seelsorgern an Ethik – Komitees deutlich begrüßt: „It is beneficial for the chaplain to be involved in an ethics committee, where the specifics of each case can be discussed, and staff can offer counsel to patients and their families. [...] We will discover that those who are involved in clinical pastoral ministry will be called upon to be a comforter, mediator, educator, ethicist, and counselor.“²⁵

Neben dieser Befürwortung gibt es aber auch Stimmen, die sich kritisch gegenüber der Mitgliedschaft von Seelsorgern in Ethikberatungen äußern: Als Argument wird beispielsweise mangelndes Fachwissen bezüglich ethischer Thematiken angebracht: „[...] not all members of the clergy are knowledgeable about ethics.“²⁶ Eine Untersuchung von McNeill und anderen innerhalb 35 Ethik – Komitees in Australien scheint diese Kritik zu rechtfertigen: „ministers of religion“²⁷ wurden demnach innerhalb der Sitzungen von anderen Mitgliedern als signifikant weniger aktiv beurteilt. Andererseits ergab die Einschätzung durch andere Mitglieder, dass ihre Beiträge nicht weniger wichtig waren als die anderer Berufsgruppen.²⁸ Auch in der deutschen Literatur spiegelt sich diese Ambivalenz wider: die Beteiligung von Seelsorgern in Gremien der Ethikberatung scheint selbstverständlich; sie wird im Rahmen von Leitlinien beider großer Konfessionen ausdrücklich als eine Aufgabe der Seelsorge bezeichnet;²⁹ unklar bleibt dabei jedoch, worin genau die ethische Kompetenz von Seelsorgern besteht. Weder das Theologiestudium noch die Klinikseelsorge-Ausbildung (KSA) sieht eine verpflichtende und einheitliche Ethikausbildung vor.³⁰ K. Bentele fasst treffend zusammen: „Von dem jeweiligen Vorverständnis dessen, was Seelsorger tun und können, und den damit verknüpften

²⁴ Vgl. L. B. Carey, J. Cohen (2010), Health care chaplains and their role on institutional ethics committees: an Australia study, in: J Relig Health. 2010 Jun, 49(2), S.221-232, S. 225.

²⁵ B. F. Mellon (2003), Faith-to-Faith at the Bedside: Theological and Ethical Issues in Ecumenical Clinical Chaplaincy, in: Christ Bioeth 2003, 9(1), S. 57-67, S. 57.

²⁶ H. Kuhse, P. Singer (1985), Should the baby live? The problem of handicapped infants, Oxford, S. 182.

²⁷ P. M. McNeill, C. A. Berglund, I. W. Webster (1994). Ethics at the borders of medical research: How much influence do various members have within research ethics committees? in: Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics 1994, 3(4), S. 522–532. S.525.

²⁸ Vgl. ebenda, S.525 .

²⁹ Vgl. K. Bentele (2010), Zur Rolle von Klinikseelsorgern in der klinischen Ethikberatung, in: Zeitschrift für medizinische Ethik 2010, 56(1), S. 33-43, S. 36.

³⁰ Vgl. ebenda, S. 37.

Kompetenzzuschreibungen in Bezug auf die Ethik hängen die Erwartungen an Klinikseelsorger in Ethik – Komitees ab. Dem begegnen die Selbstkonzepte der Seelsorger mit den Vorstellungen, die sie selbst von sich und dem haben, was für ihre Arbeit wesentlich ist, ebenso wie die tatsächlich vorhandenen Kompetenzen. Hier kann es Konvergenzen aber auch Kollisionen geben.“³¹

Es gibt auch Untersuchungen zur spezifischen Rolle, die Seelsorger innerhalb Institutionen der Ethikberatung innehaben: eine empirisch – qualitative Studie aus dem Jahr 1999 widmet sich genau dieser Frage. Untersucht wurden dabei die Kommunikationsstrukturen in vier verschiedenen klinischen Ethik – Komitees. Seelsorger waren dabei ähnlich häufig an Kommunikation beteiligt wie Ärzte und sogar häufiger als Mitglieder der Pflege.³² Eine Besonderheit bestand bezüglich der Art der Kommunikation: demzufolge initiierten sie häufiger Kommunikation als sie sie empfangen; auch stellten sie häufiger Fragen, als dass sie Antworten gaben.³³ Inhaltlich ergaben sich folgende Besonderheiten: Seelsorger waren demnach die Personen, die nach weiteren Informationen bezüglich der Patienten – Situation verlangten. Sie thematisierten auch häufig spirituelle Belange des Patienten: „Additionally, clergy tended to focus their communication on issues or themes that not only involved patients or their families, but reflected religious or spiritual concerns.“³⁴ Diese Funktion wurde insbesondere dann deutlich, wenn Seelsorgepersonen nicht anwesend waren: “[...] if clergy weren’t present, which occurred during several sessions, religious issues were not expressed with the same frequency nor with same degree of clarity as when clergy were present.”³⁵

1.4. Rolle der Seelsorge bei Therapieentscheidungen am Lebensende

Therapieentscheidungen am Lebensende gehören zu den häufigsten Thematiken, mit denen sich Institutionen klinischer Ethik beschäftigen.³⁶ Auch die Rolle von Seelsorgenden in diesem Themenbereich war bereits Gegenstand von Untersuchungen. Neben ihrer Funktion in Einrichtungen klinischer Ethikberatung sind Seelsorgende

³¹ Ebenda, S. 34.

³² Vgl. C. McDaniel (1999), Clergy Contributions to Healthcare ethics Committees, in HEC Forum 1999, 11(2), S. 140-154, S. 147.

³³ Vgl. Ebenda, S. 147.

³⁴ Ebenda, S. 149.

³⁵ Ebenda, S. 149.

³⁶ Vgl. F. Ley (2004), Rationalisierung und Rationierung – Zum aktuellen Problemhorizont klinischer Ethik – Komitees, in: Gesundheit – Gesellschaft – Wissenschaft 2004, 4(2), S.7-15, S. 12.

auch in anderen medizinischen Zusammenhängen involviert. Carey und andere beschreiben die Ergebnisse einer Befragung australischer Seelsorger zu ihrer Beteiligung bei Entscheidungen zum Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen folgendermaßen: 57% der hauptamtlichen und 28% der ehrenamtlichen Seelsorger gaben demnach an, zusammen mit Patienten oder ihren Familien bei Entscheidungen bezüglich des Abbruchs lebenserhaltender Maßnahmen beteiligt zu sein. 37% der Hauptamtlichen (16% der Ehrenamtlichen) standen dabei dem Klinikpersonal unterstützend zur Seite.³⁷ Besonders hervorzuheben sind dabei ihre kommunikativen Fähigkeiten: „[...] initially listening and helping patients and families to identify information needed to validate a potential decision, particularly with regard to non – clinical concerns, such as theological, religious and ethical issues.“³⁸

1.5. Beitrag der Seelsorge zu einer ganzheitlichen Sicht auf den Patienten

Sowohl die Untersuchungen, die sich mit der spezifischen Rolle von Seelsorgern in Ethik – Komitees befassen als auch diejenigen, die deren Beteiligung bei Therapieentscheidungen am Lebensende untersuchen, machen deutlich, dass eine wichtige Funktion der Seelsorge darin besteht, religiös – spirituelle Hintergründe des Patienten und seiner Familie in etwaige Entscheidungen einzubeziehen bzw. zunächst einmal überhaupt Einsicht in diese zu erlangen, um sie dann berücksichtigen zu können.³⁹ Damit wird Seelsorge zur Inhaberin einer wichtigen Funktion, die sich, gerade in Situationen am Lebensende, aber auch in sonstigen Krisensituationen zeigt: Um dem ganzen Menschen gerecht zu werden, ist es nötig, ihn nicht als eindimensionales Wesen zu betrachten oder als Summe vitaler Parameter. Sulmasy formuliert dies folgendermaßen: „Holistic healing requires attention to psychological, social, and spiritual disturbances as well.“⁴⁰ Seelsorge trägt also zu einer Umorientierung weg von einem rein bio – medizinischen Ansatz hin zu einem biopsychosozial – spirituellen Ansatz bei.⁴¹ Diese Entwicklung erkennt auch die Association of Professional Chaplains und formuliert in ihren Leitlinien bezüglich der

³⁷ Vgl. L. B. Carey, C. J. Newell (2007), Withdrawal of life support and chaplaincy in Australia, in: Crit Care Resusc 2007, 9(1), S. 34-39, S.35.

³⁸ Ebenda, S. 38.

³⁹ Vgl. C. McDaniel (1999), Clergy Contributions to Healthcare ethics Committees, in: HEC Forum 1999, 11(2), S. 140-154, S. 151.

⁴⁰ D. P. Sulmasy (2002), A biopsychosocial – spiritual model for the care of patients at the end of life, in: Gerontologist 4(3), S. 24-33, S. 26.

⁴¹ Vgl. Ebenda S. 24.

Rolle von Seelsorgern in Ethik - Komitees: „Chaplains identify and clarify the patient's spiritual and moral perspectives as essential ingredients in the process of health care ethics reflection. Integration of these perspectives with those of other health care disciplines fosters a holistic approach to health care ethics.“⁴² Nicht zuletzt leistet die Beteiligung von Seelsorgern bei Therapieentscheidungen und Ethikberatung am Lebensende damit auch gemäß den von der WHO geforderten vier Säulen von *palliative care* einen wichtigen Beitrag, da sie die Berufsgruppe ist, die momentan weitgehend die Sorge um spirituelle Belange übernimmt:⁴³ „Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual.“⁴⁴

⁴² Association of Professional Chaplains, Guidelines for the Chaplain's Role in Health Care Ethics (2000), <http://www.professionalchaplains.org/index.aspx?id=222> , Aufrufdatum: 13.09.2011.

⁴³ Vgl. T. Roser et alii (2010), Einblicke in die spirituelle Begleitung am Lebensende - Empirische Erhebung im Hospiz – und Palliativbereich, in: Zeitschrift für Palliativmedizin 2010, 3, S. 130-132, S. 130.; Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V. (2009): Seelsorge in Palliative Care. Situationsanzeige und Empfehlungen zu kirchlich-diakonischem Handeln. http://www.diakonie.de/Texte-12_2009_PalliativeCare.pdf , Aufrufdatum: 07.08.2011.

⁴⁴ WHO-Definition Palliative Care (2003), <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> , Aufrufdatum: 13.09.2011.

2. Fragestellung und Zielsetzung

Aus dem oben dargestellten klinisch – wissenschaftlichen Hintergrund ergeben sich folgende Fragestellungen, die im Rahmen der vorliegenden Arbeit geklärt werden sollen:

- Wie häufig werden Seelsorgende mit Entscheidungen zur medizinischen Behandlung am Lebensende konfrontiert?
- Um welche Behandlungsmaßnahmen geht es dabei?
- Wie beschreiben und bewerten Seelsorgende ihre eigene Kompetenz und Sicherheit, Vorbereitung und Rolle?
- Welchen Beratungsformen begegnen sie in ihrem beruflichen Umfeld?
- Wie bewerten Seelsorgende Instrumente wie Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung?
- Wie nehmen sie zu bestimmten Problemstellungen klinischer Ethik Stellung?
- Wie beeinflussen Faktoren, die die berufliche Praxis der Seelsorgenden betreffen, die oben genannten Kategorien (Integration in verschiedene Teams, Einsatz im Palliativbereich/in der Intensivmedizin, Dauer der Berufsausübung, Absolvierung der Ausbildung `Palliative Care für Seelsorgende`)?
- Wie werden diese Kategorien von den unabhängigen Variablen Geschlecht und Alter beeinflusst?

3. Methoden

Die Verfasserin der Arbeit war ab dem Versand der Fragebögen in das Projekt integriert. Für die Fragebogenerstellung, sowie die Erstellung und Verwaltung der Adressdatei sind Prof. T. Roser, PD Dr. Dr. R. J. Jox, F. Amberg und Prof. G. D. Borasio verantwortlich.

3.1. Fragebogen

Der Fragebogen für diese Untersuchung wurde in Anlehnung an einen Fragebogen, der von R. J. Jox und anderen für eine Befragung von Ärztinnen und Ärzten, sowie Pflegepersonal der Intensivstationen am Klinikum der Universität München zu Therapieentscheidungen am Lebensende erarbeitet worden war, erstellt.⁴⁵ Das insgesamt sechs-seitige, auf Deutsch abgefasste Instrument (s. Anhang) umfasst neben demographischen Angaben 27 Items bezüglich Fragen zu Therapieentscheidungen und Ethikberatung am Lebensende. Diese können in die thematischen Komplexe „Fragen zur Praxis“ und „Fragen zu ethischen Problemstellungen“ unterteilt werden. Außerdem besteht am Ende der Befragung die Möglichkeit zu weiteren freien Anmerkungen der Antwortenden. Für eine Beantwortung wurden 10-15 Minuten veranschlagt.

3.2. Stichprobe

Die Liste der Seelsorgenden, an die der Fragebogen geschickt wurde, setzte sich aus Mitgliedern des Arbeitskreises Spirituelle Begleitung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, sowie aus Adressen, die von den entsprechenden Kirchenbehörden (katholisch und protestantisch) zur Verfügung gestellt wurden, zusammen. Dabei handelte es sich um ein sogenanntes „convenience sample“, also um eine Stichprobe, die vor allem nach Aspekten der Verfügbarkeit ausgewählt wurde. Um die heterogene konfessionelle Landschaft in Deutschland widerzuspiegeln, wurde auf eine möglichst repräsentative Verteilung innerhalb der Bundesrepublik Deutschland geachtet: der Fragebogen wurde an Seelsorger in Bayern, als überwiegend katholische Gegend, in

⁴⁵ Vgl. R. J. Jox et alii (2010) Limiting life-sustaining treatment in German intensive care units: A multiprofessional survey, in: Journal of Critical Care 2010, 25(3), S. 413-419.

Württemberg, als eine gemischte, katholische, protestantische und muslimische Region und Berlin und Umgebung als überwiegend säkularisierte Gegend versandt.⁴⁶

3.3. Datenverwaltung

Im März 2011 wurden die Fragebögen erstmals postalisch an die Seelsorger der Adressliste versandt. Ein Deckblatt erläuterte Hintergrund und Ziel der Befragung und versicherte die anonyme Auswertung. Die Frist zur Beantwortung war für sechs Wochen angesetzt. Etwa vier Wochen später wurde an alle Seelsorger der Liste nochmals ein Erinnerungsschreiben versandt, um die Rücklaufquote zu erhöhen. Der Fragebogen wurde hierfür passwortgeschützt im Internet hochgeladen, falls die Antwortenden diesen nicht mehr zur Hand hatten. Das Passwort und der notwendige Link wurden im Erinnerungsschreiben genannt. Auch hier wurde die Frist mit sechs Wochen terminiert. Eine aktuelle Adressliste des Kirchenkreises Berlin, die im Versandzeitraum erhalten wurde, wurde überarbeitet und der Fragebogen wurde einmalig mit einer Rücklauffrist von sechs Wochen an die zusätzlichen Seelsorger versandt. Der Fragebogen wurde somit insgesamt an 263 Seelsorger gesendet.

Bei per Fax oder E-Mail zurückgesandten Fragebögen oder Fragebögen, bei denen der Absender noch erkennbar war, wurde dieser unverzüglich geschwärzt, um die anonyme Auswertung zu gewährleisten.

Das Studiendesign und der Fragebogen waren in einer vorherigen Studie vom Ethik-Komitee des Klinikums der Universität München genehmigt worden.⁴⁷ Der Versand der Fragebögen fand erst statt, nachdem der Fragebogen vom Leiter des Arbeitskreises Spirituelle Begleitung und den jeweiligen Verantwortlichen der Kirchenbehörden genehmigt worden war.

⁴⁶ Evangelische Kirche im Rheinland - Statistischer Dienst im Landeskirchenamt. Statistik zur Synode 2010 (2010), <http://www.ekir.de/ekir/dokumente/Tab01.pdf>, Aufrufdatum: 11.02.2012.

⁴⁷ Vgl. R. J. Jox et alii (2010) Limiting life sustaining treatment in German intensive care units: A multiprofessional survey, in: Journal of Critical Care 2010, 25(3), S. 413-419, S. 414 .

3.4. Datenanalyse

3.4.1. Quantitative Daten

Die Sammlung der Daten und ihre statistische Analyse wurden mit Hilfe von SPSS, Version 19.0 für Windows vorgenommen (SPSS Inc, Chicago, Ill).

3.4.1.1. Kodierung und Dateneingabe

Bei der Kodierung von Mehrfachantworten wurde jede Antwortmöglichkeit einzeln kodiert (ja, nein).

Bei den Fragen „Wie häufig werden Sie bei Ihrer Tätigkeit mit dieser Frage [Frage nach Therapiebegrenzung, Anm. S. C.] konfrontiert“ und „wie häufig werden Sie in Ihrer seelsorgerlichen Tätigkeit mit Patientenverfügungen oder Vorsorgevollmachten konfrontiert“ wurden die angegebenen Antworten jeweils in Angaben pro Jahr umgerechnet.

Bei der Dateneingabe ergaben sich einige zusätzliche sinnvoll erscheinende Variablen, die nachträglich kodiert wurden. So gaben viele Antwortende im Item „Arbeitsfeld“ mehrere der gegebenen Möglichkeiten an, obwohl diese Frage nicht als Mehrfachantwort konzipiert war. Dieser Tatsache wurde durch zusätzliche Kodierungen (Klinik- und Gemeindeseelsorger, Klinik - und Heimseelsorger, Gemeinde - und Heimseelsorger, Klinik -, Gemeinde - und Heimseelsorger) Rechnung getragen.

In den Antwortfeldern „Sonstiges/Anderes“ häufig genannte Items wurden nachträglich als eigene Antwortmöglichkeit kodiert. Im Ergebnisteil wird dies dann für die jeweilige Frage explizit erläutert.

Auch mit äußerst vielfältigen Angaben unter diesen Rubriken, die sich thematisch ähnlich waren, wurde so verfahren: sie wurden in übergeordnete Klassen zusammengefasst. Auch hierbei sei auf den Ergebnisteil verwiesen.

3.4.1.2. Statistische Analyse

Für Berechnungen, die über die rein deskriptive Darstellung von Häufigkeiten hinausgehen, wurden Fragen, bei denen eine vierstufige Antwortskala gegeben war, dichotomisiert. Dieses Verfahren wurde schon von R. J. Jox und anderen bei der Untersuchung auf den Intensivstationen des Klinikums der Universität angewendet⁴⁸ und wurde übernommen, um eine bessere Vergleichbarkeit zu erzielen. Dabei handelt es sich um folgende Fragen:

- Sicherheit in Situationen, in denen es um die Anwendung lebenserhaltender Maßnahmen geht (sehr sicher, eher sicher => sicher; eher unsicher, sehr unsicher => unsicher)
- Vorbereitung durch die fachliche Ausbildung (sehr gut, eher gut => gut; eher schlecht, sehr schlecht => schlecht)
- Zufriedenheit mit Entscheidungen (sehr zufrieden, eher zufrieden => zufrieden; eher unzufrieden, sehr unzufrieden => unzufrieden)
- Zufriedenheit mit Kommunikationsprozessen (sehr zufrieden, eher zufrieden => zufrieden; eher unzufrieden, sehr unzufrieden => unzufrieden).

Dieses Verfahren wurde ebenfalls bei allen Fragen angewendet, bei denen es um Stellungnahmen zu medizinethisch – rechtlichen Problemfeldern (Fragen 16-21) ging (widerspreche ganz, widerspreche eher => widerspreche; stimme eher zu, stimme ganz zu => stimme zu), sowie bei Fragen nach den kontrovers diskutierten Sachverhalten Tötung auf Verlangen, assistierter Suizid, Therapiebegrenzung, Sedierung am Lebensende (uneingeschränkt dagegen, eher dagegen => dagegen; eher dafür, uneingeschränkt dafür => dafür). Auch die Angaben Alter (<31, 31-40, 41-50 => jünger; 51-60, 61-70, >71 => älter) und Dauer der Berufsausübung (<2 Jahre, 2-5 Jahre, 6-9 Jahre => < 9 Jahre; >9 Jahre => >9 Jahre) wurden zusammengefasst, um statistisch aussagekräftigere Stichproben verwenden zu können.

Für die Berechnung von Zusammenhängen wurde bei kategorialen Variablen der Chi-Quadrat-Test verwendet. Er wurde nur angewendet, wenn die Gruppengröße der zu beobachtenden Untergruppen mindestens n=5 betrug. Für die Berechnung von Zusammenhängen bei skalierten Variablen wurden nicht – parametrische Testverfahren angewendet, da bei diesen Verfahren eine Normalverteilung in der

⁴⁸ Vgl. R.J.Jox und andere (2010), Limiting life-sustaining treatment in German intensive care units: A multiprofessional survey, in: Journal of Critical Care 2010, 25(3), S. 413-419.

Grundgesamtheit, von der bei den vorliegenden Variablen nicht ausgegangen werden kann, keine Voraussetzung ist: der Mann-Whitney-U-Test wurde zum Vergleich von zwei Gruppen herangezogen; der Kruskal-Wallis-H-Test zum Vergleich mehrerer Gruppen. Um die Zusammenhänge zwischen ordinalen Variablen zu untersuchen, wurde als Korrelationskoeffizient der Kendall-b-Tau-Koeffizient berechnet, der von einem zweiseitigen Test auf Signifikanz gefolgt wurde.

Als Signifikanzniveau wurde jeweils $p \leq 0.05$ angenommen.

3.4.2. Beobachtungen am Freitext

Alle Angaben, die die Antwortenden im Rahmen des Freitextes bzw. als Anmerkungen zusätzlich zu einzelnen Fragen machten, wurden zunächst fallweise gesammelt, später dann frageweise sortiert. Sie wurden anschließend in Kategorien zusammengefasst, auf die im Ergebnisteil näher eingegangen wird.

4. Ergebnisse

4.1. Rücklauf und verwertbare Fälle

Von den 263 versendeten Fragebögen konnten sechs nicht zugestellt werden, da die Adresse nicht mehr aktuell war. Eine Person gab an, gar keine Seelsorgerin zu sein, sodass insgesamt 256 Fragebögen an Seelsorger verschickt werden konnten. 151 Antworten wurden zurückgesandt, was eine Rücklaufquote von 59,0% ergibt. Von diesen 151 Antworten konnten vier wegen fehlender zentraler demographischer Angaben (Fragen zu Geschlecht, Alter, Konfession, Berufsausbildung) nicht gewertet werden, sechs mussten aus der Wertung genommen werden, weil die Seelsorger angaben, dass die Fragen nicht auf ihr Arbeitsfeld zuträfen. Somit konnten 141 Antworten verwertet werden, was 55,1% entspricht.

4.2. Quantitative Analyse

Die angegebenen Prozentwerte beziehen sich jeweils auf die gesamte Stichprobe (n=141). Sobald die analysierten Daten über eine rein deskriptive Ebene hinausgehen, sobald also statistische Testverfahren angewendet und analysiert wurden, gehen in die Berechnung die jeweils gültigen Fälle ein, also diejenigen Fälle, für die bei der jeweiligen Frage eine gültige Antwort analysiert werden konnte.

4.2.1. Demographische Angaben

Fehlende Werte in den folgenden Fragen (Geschlecht, Alter, Konfession, Berufsausbildung) führten zum Ausschluss aus der Bewertung, sodass die im Folgenden analysierten Fragen jeweils von 141 Seelsorgern beantwortet wurden.

Geschlecht:

47,5% (n=67) der Antwortenden waren weiblich und 52,5% (n=74) männlich.

Alter:

Die Altersverteilung unter den Antwortenden stellte sich folgendermaßen dar:

Kein Seelsorger gab an, unter 31 zu sein; 4,3% (n=6) der Seelsorger waren 31-40; 36,2% (n=51) der Seelsorger waren 41-50; 44,0% (n= 62) der Seelsorger waren 51-60. 12,1% (n=17) der Seelsorger waren 61-70 und 3,5% (n=5) der Seelsorger waren über 71.

Konfession:

33,3% (n=47) der Seelsorgenden waren römisch-katholisch, 60,3% (n=85) evangelisch (EKD) und 6,4% (n=9) freikirchlich.

Keiner der Seelsorgenden ordnete sich einer anderen Religion/Konfession zu als den angegebenen (andere).

Berufsausbildung:

Bei dieser Frage gab es die Möglichkeit, mehrere Antworten anzugeben.

Keiner der Seelsorgenden wählte das Antwortfeld „keine“ Ausbildung. 89,4% (n=126) haben eine Klinische Seelsorgeausbildung oder vergleichbare pastoralpsychologische Qualifikation absolviert. 85,8% (n=121) gaben an, ein theologisches oder religionspädagogisches Studium abgeschlossen zu haben. 35,5% (n=50) der Seelsorgenden haben das Vikariat/eine praktische Ausbildungsphase durchlaufen. 28,4% (n=40) haben den Kurs Palliative Care für Seelsorgende (120 Stunden) besucht. Nur 5,0% (n=7) der Seelsorger gaben an, den Kurs für Ehrenamtliche in Seelsorge (>80 Stunden) besucht zu haben und 3,5% (n=5) haben promoviert.

Die Fülle der Ausbildungen, die unter der Rubrik Sonstiges angegeben worden sind, wurde in folgenden Untergruppen zusammengefasst:

- Gesundheitsberufe
- Ethikberatung
- Kirchliche Aus- oder Weiterbildung
- Therapeutische Aus- oder Weiterbildung
- Pädagogische Aus- oder Weiterbildung

Quantitativ lässt sich damit in den genannten Untergruppen folgende Verteilung erkennen:

3,5% (n=5) der Seelsorgenden haben eine Ausbildung in Gesundheitsberufen; 5,0% (n=7) eine Aus- oder Weiterbildung im Bereich der Ethikberatung. 5,0% (n=7) haben

an einer kirchlichen Aus- oder Weiterbildung teilgenommen, eine therapeutische Aus- oder Weiterbildung haben 13,5% (n=19) und 2,8% (n=4) eine pädagogische Aus- oder Weiterbildung.

Nach dieser gruppierenden Zusammenfassung bleiben folgende Angaben unter dem Item „Sonstige Berufsausbildung“ bestehen:

- Banklehre
- 1. Juristisches Staatsexamen
- Fortbildungen
- Besuch / Moderation einer Selbsthilfegruppe für Aphoniker

Arbeitsfeld:

74,5% (n=105) der Seelsorger gaben an, als Klinikseelsorger tätig zu sein, 8,5% (n=12) als Heimseelsorger und 3,5% (n=5) als Gemeindeseelsorger.

Die aufgrund der Häufigkeit der Nennungen eingeführten mehrfachen Arbeitsfelder verteilten sich folgendermaßen: 6,4% (n=9) der Seelsorgenden sind als Klinik - und Heimseelsorger tätig, 3,5% (n=5) als Klinik-und Gemeindeseelsorger, 2,8% (n=4) als Heim-und Gemeindeseelsorger und 0,7% (n=1) als Heim-, Gemeinde - und Klinikseelsorger.

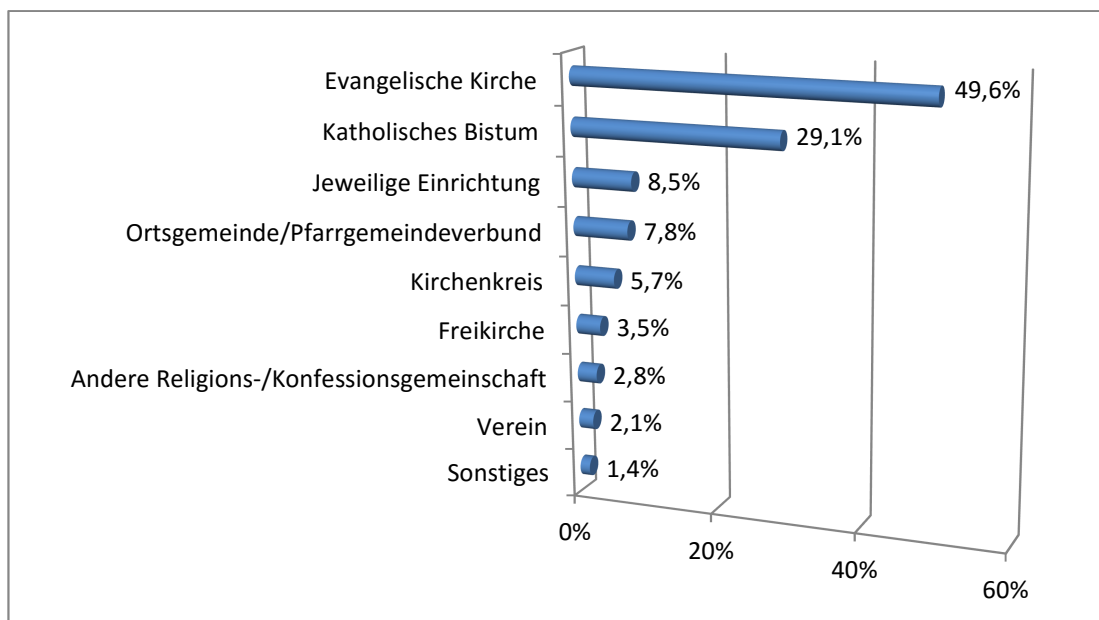
Stelle:

Gut zwei Drittel der Seelsorgenden gaben an, eine Stelle im Palliativbereich zu haben (n=96, 68,1%; nein: n=34; 24,1%). Eine ähnliche Aufteilung ergab sich bei der Frage nach dem Einsatz in der Intensiv-/Notfallmedizin: 67,4% (n=95) der Antwortenden gaben an, in diesem Bereich tätig zu sein (nein: n=27, 19,1%).

Beauftragung:

Die Auftraggeber der Seelsorgenden verteilten sich folgendermaßen: etwa die Hälfte der Antwortenden war durch die Evangelische Kirche (EKD) beauftragt (n=70, 49,6%) und etwa ein Drittel war bei einem katholischen Bistum (n=41, 29,1%) angestellt. Die folgenden Antwortmöglichkeiten wurden nur von jeweils unter 10% gewählt: jeweilige Einrichtung (n=12; 8,5%), Ortsgemeinde/Pfarrgemeindeverbund (n=11; 7,8%), Kirchenkreis (n=8; 5,7%), Freikirche (n=5, 3,5%), andere Religions-/Konfessionsgemeinschaft (n=4; 2,8%), Verein (n=3; 2,1%), Sonstiges (Stiftung,

Kreisfarrstelle für Klinikseelsorge; n=2; 1,4%). Die Antwortenden wählten bei dieser Fragestellung zum Teil mehrere Antwortmöglichkeiten aus, obwohl dies in der Fragestellung so nicht explizit vorgegeben war.



Dauer der Berufsausübung:

Bei der Frage nach der Dauer der Berufsausübung ergab sich folgende Verteilung: <2 Jahre: n=2; 1,4%; 2-5 Jahre: n=23; 16,3%; 6-9 Jahre: n=37; 26,2%; >9 Jahre: n=79; 56,0%. Insgesamt hatten 44,0% (n=62) der Seelsorgenden eine Berufspraxis von ≤ 9 Jahren und 56,0% (n=79) von > 9 Jahren.

Für die Tätigkeit im Palliativbereich ergab sich folgende Verteilung: <1 Jahr: n=16; 11,3%; 1-3 Jahre: n=26; 18,4%; 3-5 Jahre: n=15; 10,6%; >5 Jahre: n=44; 31,2%.

Für die Tätigkeit in der Intensiv-/Notfallmedizin ergab sich folgende Verteilung: <1 Jahr: n=10; 7,1%; 1-3 Jahre: n=13; 9,2%; 3-5 Jahre: n=10; 7,1%; >5 Jahre: n=67; 47,5%.

Einbindung in ein Team:

Bei dieser Frage war es möglich, mehrere Antworten zu wählen.

Nahezu drei Viertel der Antwortenden gaben an, in ein Seelsorgeteam eingebunden zu sein (n=105; 74,5%). In einem multiprofessionellen Behandlungsteam befanden sich 62,4% (n=88) der Seelsorgenden; etwa die Hälfte gab an, in ein Ethik-Team

(Ethikkomitee, Ethikberatung etc.) eingebunden zu sein (n=73; 51,8%) und 25,5% (n=36) waren Mitglied des Trägers/der Verwaltung der jeweiligen Einrichtung.

Zur übersichtlichen Darstellung sind die wichtigsten demographischen Angaben in Tabelle 1 nochmals zusammengefasst:

Tabelle 1. Demographische Angaben (n=141).		n (%)	
Geschlecht	Weiblich:	67 (48) ^a	
	Männlich:	74 (53)	
Alter (in Jahren)	31 - 40	6 (4)	
	41 - 50	51 (36)	
	51 - 60	62 (44)	
	61- 70	17 (12)	
	>71	5 (4)	
Konfession	Evangelisch	85 (60)	
	Römisch-Katholisch	47 (33)	
	Freikirchlich	9 (6)	
	Andere	0 (0)	
Berufsausbildung ^b	Klinische Seelsorgeausbildung ^c	126 (89)	
	Theologisches/religionspädagogisches Studium	121 (86)	
	Vikariat/Praktische Ausbildungsphase	50 (36)	
	Palliative care für Seelsorgende (>120h)	40 (28)	
	Andere	54 (38)	
Arbeitsfeld	Klinikseelsorger	105 (75)	
	Heimseelsorger	12 (9)	
	Gemeindeseelsorger	5 (4)	
	Kombination der oben genannten	19 (14)	
Spezifischer medizinischer Bereich	Palliativmedizin	96 (68)	
	Intensiv-/Notfallmedizin	95 (67)	
Dauer der Berufsausübung (in Jahren)	>9	79 (56)	
	Im Palliativbereich	>5	44 (31)
	Im Intensiv-/Notfallbereich	>5	67 (48)

^a Wegen Rundens ergeben die Prozentwerte möglicherweise nicht 100%

^b Mehrfachantworten waren möglich

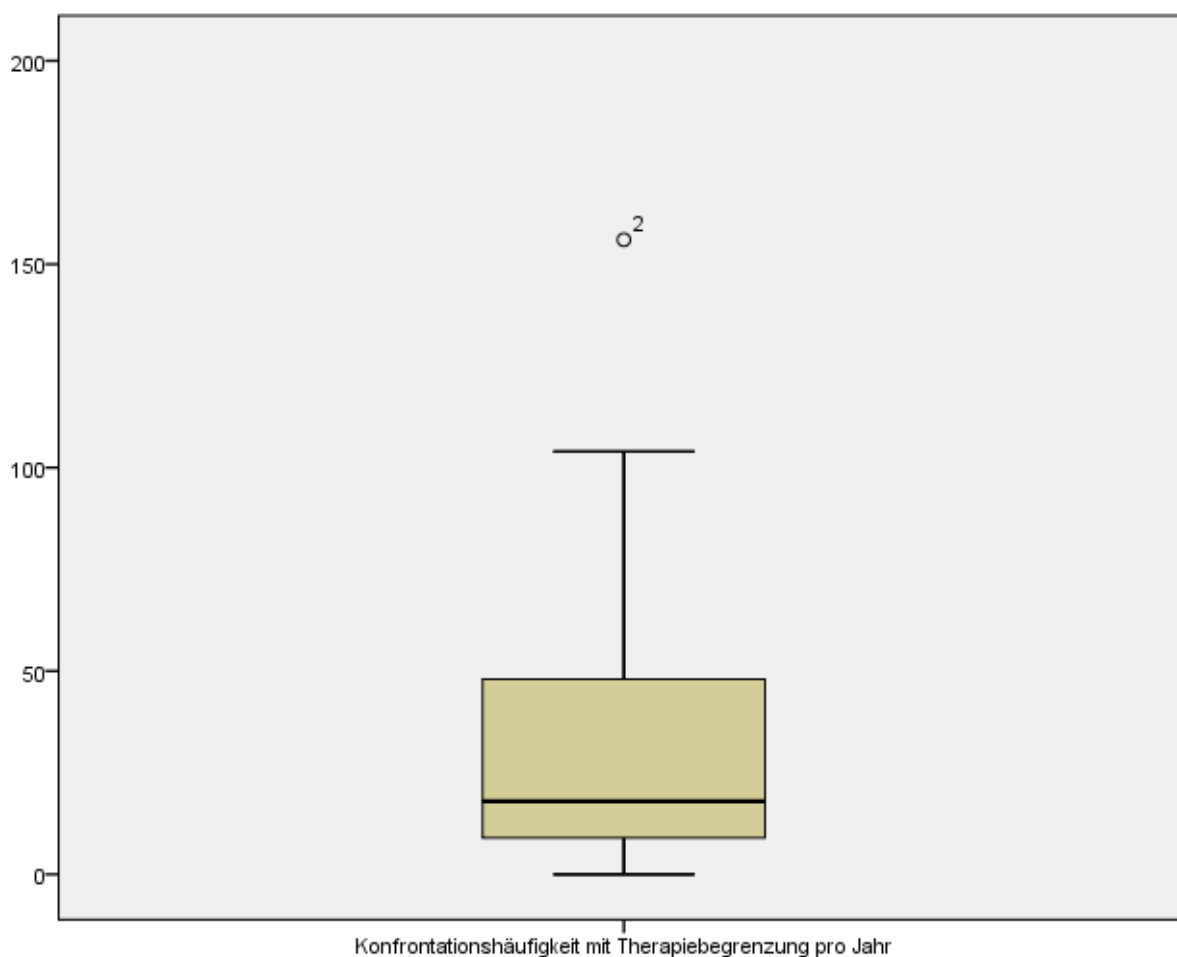
^c oder vergleichbare pastoralpsychologische Qualifikation

4.2.2. Fragen zur Praxis

4.2.2.1. Deskriptive Analyse

Konfrontationshäufigkeit mit Therapiebegrenzung:

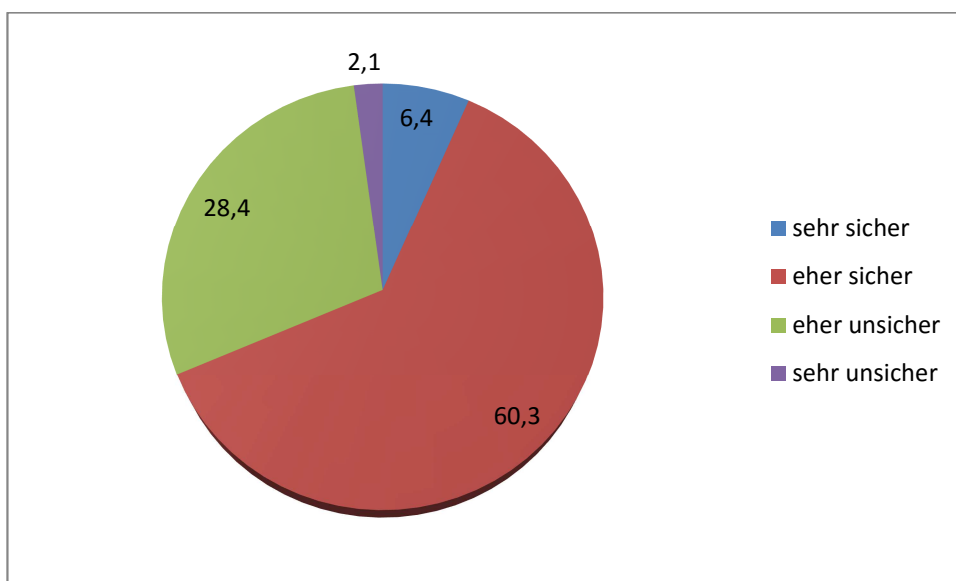
Die Seelsorgenden gaben an, im Mittel 28,02 mal pro Jahr mit Fragen nach einer Therapiebegrenzung konfrontiert zu sein. Der Median betrug 18,00 pro Jahr und die Standardabweichung ergab 28,48. Die Werte bewegten sich zwischen einem Minimum von 0 pro Jahr und einem Maximum von 156 pro Jahr, sodass sich eine Spannweite von 156 ergab. Der Standardfehler r betrug 2,73.



Situative Sicherheit:

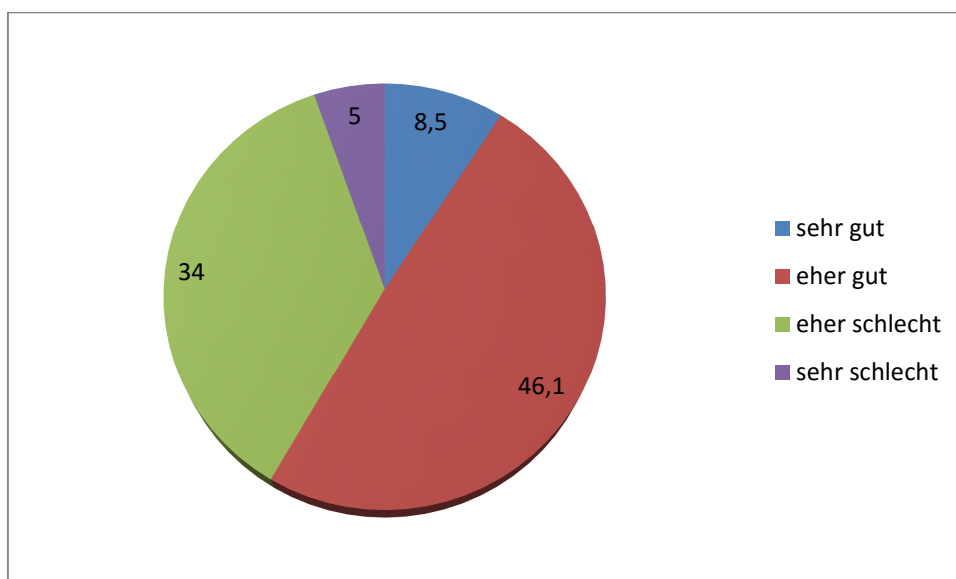
Es fühlten sich 6,4 % (n=9) der Seelsorgenden sehr sicher in Fragen, in denen es um die Anwendung lebenserhaltender Maßnahmen am Lebensende geht. Eher sicher

fühlten sich 60,3% (n=85); 28,4% (n=40) gaben an, sich eher unsicher zu fühlen und 2,1% (n=3) gaben an, diesbezüglich sehr unsicher zu sein.



Vorbereitung durch die jeweilige Ausbildung:

Die Frage nach der Qualität der Vorbereitung auf solche Situationen durch die jeweilige fachliche Ausbildung (z.B. Seelsorgekurs, Studium) wurde folgendermaßen beantwortet: eine sehr gute Vorbereitung gaben 8,5% (n=12) der Seelsorgenden an; 46,1% (n=65) fühlten sich gut vorbereitet. Gut ein Drittel fühlte sich eher schlecht vorbereitet (34,0%; n=48) und 5,0% (n=7) gaben an, sich sehr schlecht vorbereitet zu fühlen.



Bei der Frage, wie sich die Seelsorgenden durch ihre jeweilige Ausbildung auf Entscheidungssituationen am Lebensende vorbereitet fühlten, machten einige der Antwortenden die zusätzliche Angabe, dass die Ausbildung im Rahmen der akademischen Lehrveranstaltungen eher unzufriedenstellend gewesen sei, dass jedoch zusätzliche Fort- und Weiterbildungen, die sich mit Thematiken aus diesem Bereich beschäftigten, dazu beigetragen hätten, dass sich die Antwortenden auf Situationen am Lebensende gut vorbereitet fühlten.

Wunsch nach Unterstützung:

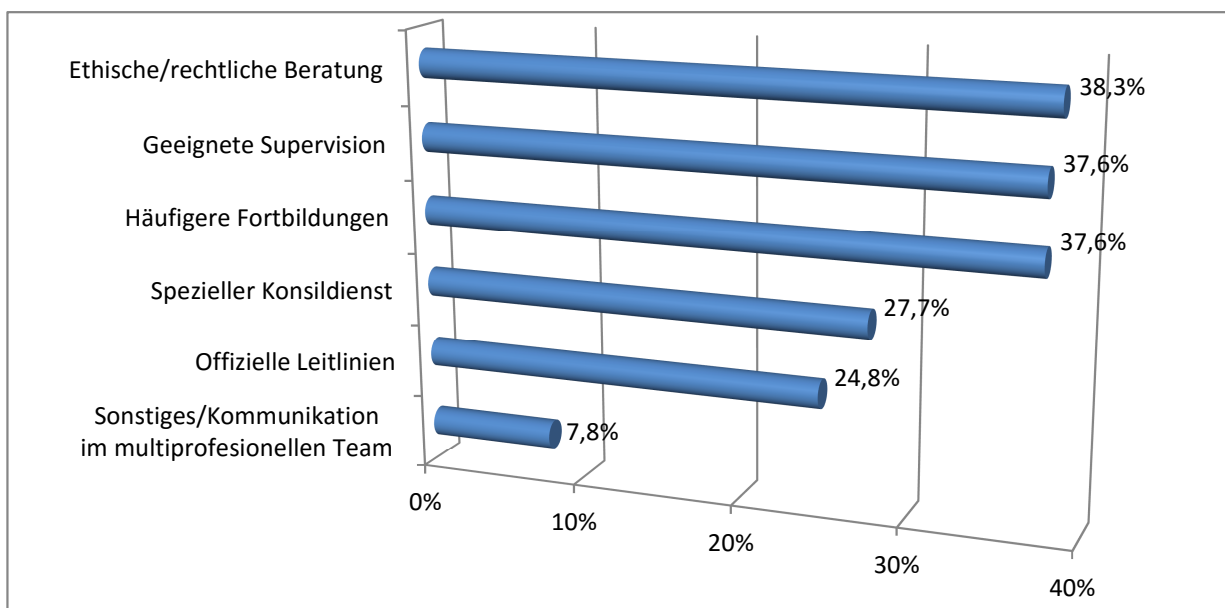
Bei dieser Frage hatten die Antwortenden die Möglichkeit, unter den fünf vorgegebenen Antworten mehrere auszuwählen. Im Feld „Sonstiges“ gab es außerdem die Möglichkeit, diesbezüglich eigene Anregungen anzubringen.

Die von den Seelsorgenden am häufigsten gewünschten unterstützenden Maßnahmen waren eine ethische/rechtliche Beratung (n=54; 38,3%), eine geeignete Supervision (n=53; 37,6%) und häufigere Fortbildung (n=53; 37,6%). Ein spezieller Konsildienst wurde von 27,7% (n=39) der Seelsorgenden gewünscht; der Wunsch nach einer offiziellen Leitlinie für das Vorgehen spielte eine weniger große Rolle: n=35; 24,8%.

Unter der Rubrik „Sonstiges“ wurde nicht selten der Wunsch nach einer verbesserten Kommunikation, insbesondere in einem multiprofessionellen Kontext geäußert (n=11; 7,8%).

Weitere jeweils einfach gemachte Angaben in diesem Feld (n=2, 0,0%) waren:

- geistlicher Begleitung
- unterstützende Maßnahmen können die bestehenden Antinomien nicht auflösen.



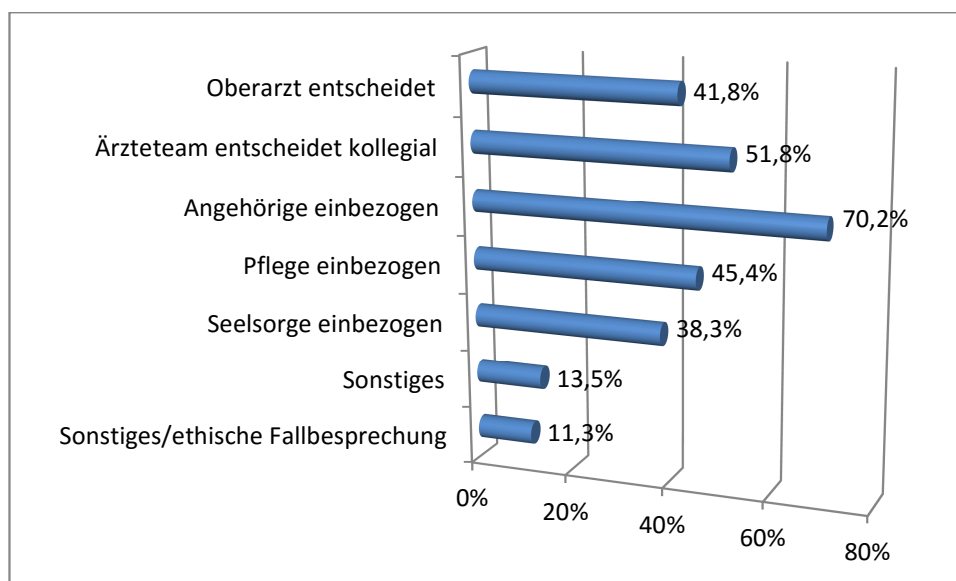
Ablauf des Entscheidungsprozesses:

Auch bei der Beantwortung dieser Frage konnten die Seelsorgenden gleichzeitig mehrere Möglichkeiten wählen. Am häufigsten wurde bezüglich des Ablaufs des Entscheidungsprozesses angegeben, dass ein Ärzteteam kollegial entscheide ($n=73$; 51,8%). Nur 41,8% ($n=58$) gaben an, der Oberarzt entscheide solche Fragen allein. Bezüglich der Frage, welche anderen (Berufs-) Gruppen an diesen Entscheidungen beteiligt seien, antworteten die Seelsorgenden folgendermaßen: 70,2% ($n=99$) gaben an, dass die Angehörigen des Patienten in die Entscheidungsfindung einbezogen seien; 45,4% ($n=64$) gaben an, dies sei bei Pflegekräften der Fall und 38,3% ($n=54$) erklärten, dies sei der Fall für Mitarbeiter der Seelsorge.

Unter der Rubrik „Sonstiges“ gaben 11,3% ($n=16$) an, dass (ethische) Fallbesprechungen eine Rolle im Entscheidungsprozess spielten. Weitere unter „Sonstiges“ gemachten Angaben ($n=19$; 13,5%) beinhalteten folgendes:

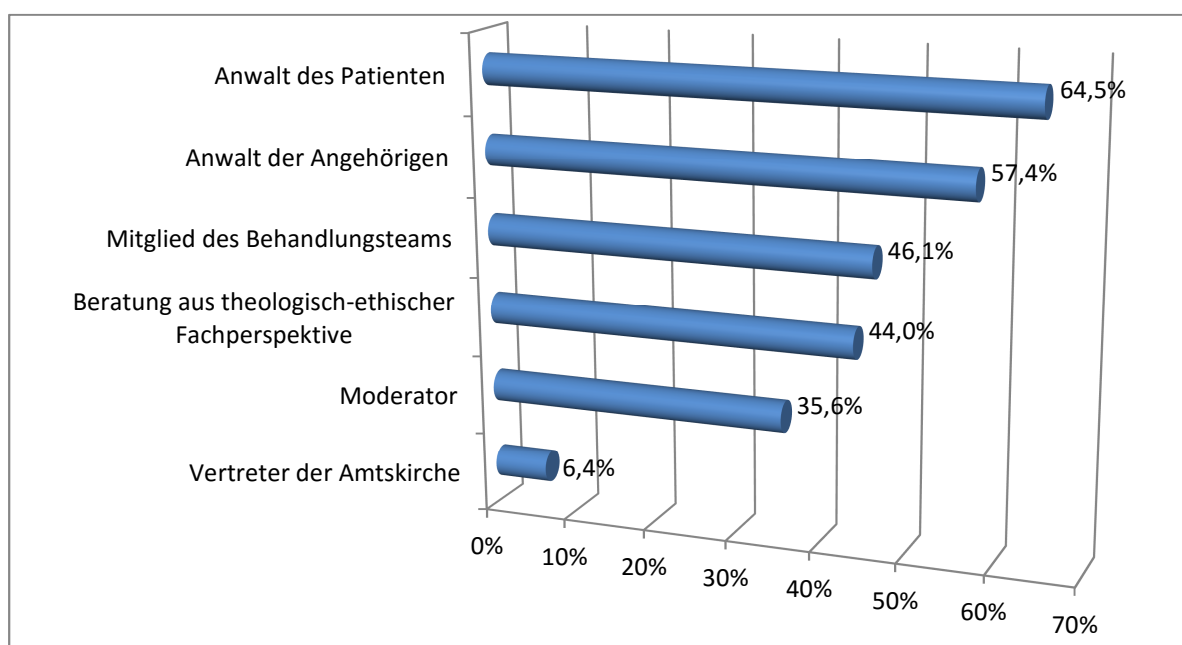
- Abhängig vom jeweiligen Oberarzt ($n=3$)
- Stations-und situationsabhängig unterschiedlich ($n=7$)
- Wenn möglich, wird der Patient einbezogen ($n=1$)
- Ein Hausarzt entscheidet allein ($n=2$)
- Der Betreuer/Bevollmächtigte wird einbezogen ($n=1$)
- Eine Patientenverfügung wird einbezogen ($n=1$)
- Ein palliativmedizinischer Konsildienst wird einbezogen ($n=1$)
- Angehörige suchen das Gespräch ($n=1$)

- Angehörige sind vom Entscheidungsdruck fernzuhalten (n=1)
- Ein interdisziplinärer Ansatz ist noch ein Wunschgedanke (n=1).



Rolle der Seelsorge im Entscheidungsprozess:

Die Frage nach der Rolle, in der die Seelsorge an solchen Entscheidungen beteiligt sei, wurde folgendermaßen beantwortet (auch hier waren Mehrfachnennungen möglich): die am häufigsten genannte Rolle war die des Anwalts des Patienten/der Patientin (n=91; 64,5%). Als Anwalt der An- bzw. Zugehörigen empfanden sich 57,4% (n=81). Knapp die Hälfte der Seelsorgenden (46,1%; n=65) fühlte sich als Mitglied des Behandlungsteams. In der Rolle der Beratung aus theologisch-ethischer Fachperspektive sahen sich 44,0% (n=62) der Seelsorgenden; 35,5% (n=50) nahmen sich als Moderatoren wahr und nur 6,4% (n=9) sahen sich als Vertreter der Amtskirche.



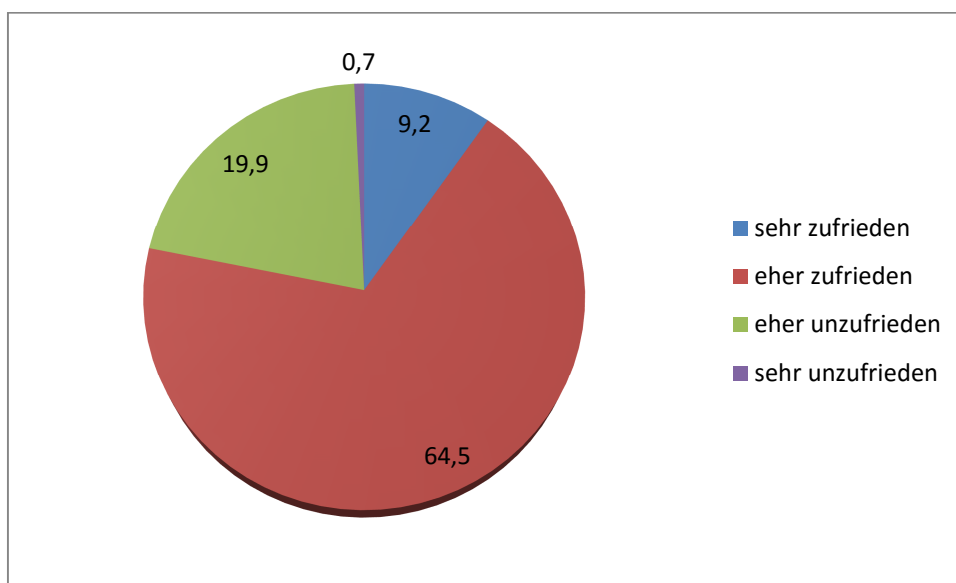
Die Anmerkungen bezüglich der selbstwahrgenommenen Rolle der Seelsorge in diesen Entscheidungsprozessen bezogen sich zum einen auf die Tatsache, dass einige der Antwortenden angaben, dass ihre gegebenen Antworten sehr vom jeweiligen Setting abhängig seien. Es wurde beispielsweise festgestellt, dass die Angabe Mitglied des Behandlungsteams nur für die Palliativstation gelte. Seelsorgende, die bei dieser Frage gar keine Antwort angegeben hatten, erklärten dies unter anderem durch die Tatsache, dass sie an Entscheidungen überhaupt nicht beteiligt würden:

„ [...] nichts angekreuzt: ich fühle mich eher wenig beteiligt an Entscheidungsprozessen im Pflegeheim“

„ [...] nichts angekreuzt, da eher nicht beteiligt“.

Zufriedenheit mit Entscheidungen:

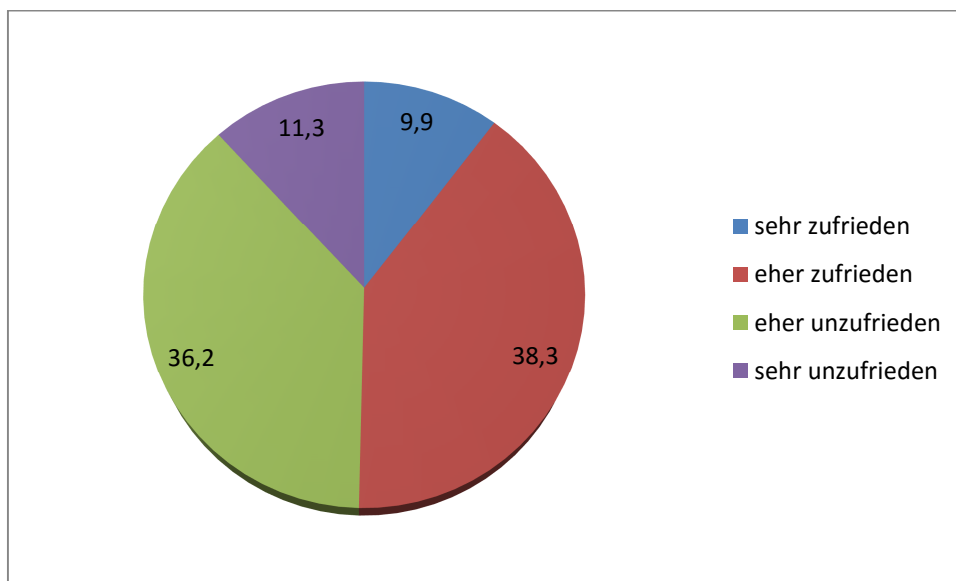
Als sehr zufrieden mit den Entscheidungen, die in solchen Situationen getroffen werden, bezeichneten sich 9,2% (n=13) der Antwortenden. 64,5% (n=91) gaben an, eher zufrieden zu sein; 19,9% (n=28) waren eher unzufrieden und einer der Antwortenden gab an, mit den Entscheidungen sehr unzufrieden zu sein (0,7%).



Die zusätzlichen Angaben der Antwortenden bezogen sich auf die Tatsache, dass die hier abgefragten Fakten situations-und stationsspezifisch sehr unterschiedlich seien.

Zufriedenheit mit Kommunikationsprozessen:

Die Frage nach der Zufriedenheit mit den Kommunikationsprozessen, die in diesen Situationen stattfinden, wurde folgendermaßen beantwortet: 9,9% (n=14) der Seelsorgenden gaben an, sehr zufrieden mit den Kommunikationsprozessen zu sein; eher zufrieden waren 38,3% (n=54). Als eher unzufrieden bezeichneten sich 36,2% (n=51) und 11,3% (n=16) gaben an, sehr unzufrieden zu sein.



Die zusätzlichen Angaben der Antwortenden bezogen sich auf die Tatsache, dass die hier abgefragten Fakten situations-und stationsspezifisch sehr unterschiedlich seien.

Wichtigkeit der angesprochenen Themen:

Ein großer Anteil der Antwortenden gab an, dass die im Fragebogen angesprochenen Themen für sie von sehr großer Wichtigkeit seien: 83,7% (n=118). 14,2% (n=20) bezeichneten die Themen als eher wichtig. Keiner der Seelsorgenden, die diese Frage beantwortet hatten, wählte die Antwortmöglichkeit eher unwichtig oder sehr unwichtig.

Informationsbedürfnis bezüglich der angesprochenen Themen:

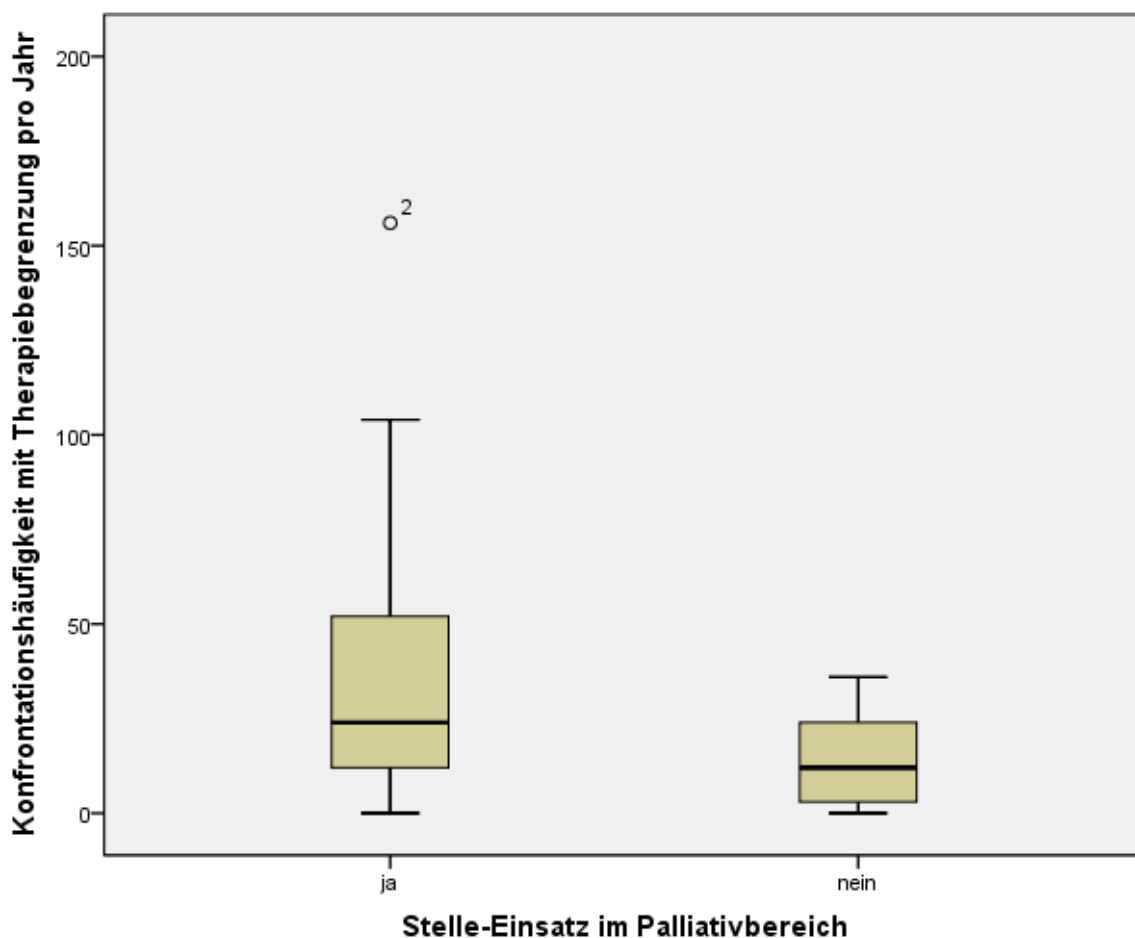
Knapp ein Drittel der Antwortenden gab an, dass sein Bedürfnis nach Informationen bezüglich der im Fragebogen angesprochenen Themen sehr stark sei (n=45; 31,9%); 63,8% (n=90) sprachen von einem ausgeprägten Informationsbedürfnis und 2,8% (n=4) gaben an, dass ihr Informationsbedürfnis eher gering sei. Keiner derjenigen, die auf diese Frage geantwortet hatten, gab an, überhaupt kein Informationsbedürfnis zu haben.

4.2.2.2. Statistische Analyse

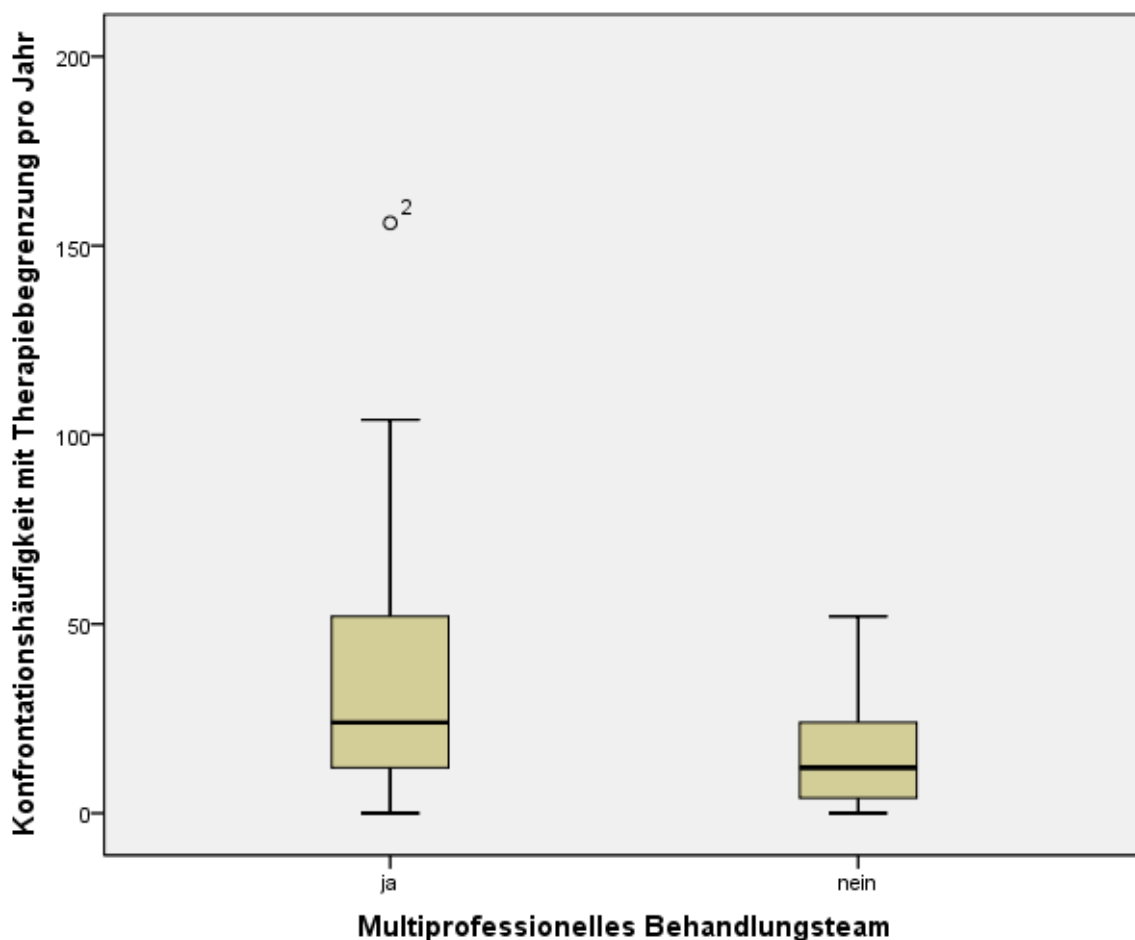
Es wurden jeweils die Kategorien Geschlecht, Alter, Dauer der Berufsausübung, Einsatz im Palliativbereich, Einsatz in der Intensiv-/Notfallmedizin, Integration in ein Seelsorgeteam, Ethik-Team, multiprofessionelles Behandlungsteam und den Träger/die Verwaltung der jeweiligen Einrichtung und Abschluss der Ausbildung Palliative Care ausgewertet. Für jedes Kapitel werden die signifikanten Ergebnisse aufgeführt. Auf die nicht signifikanten Ergebnisse wird im Folgenden nicht mehr eingegangen. Sie erschließen sich aus den hier aufgelisteten Kategorien.

Konfrontationshäufigkeit mit Therapiebegrenzung:

Seelsorgende, die eine Stelle in der Palliativmedizin innehatten, waren pro Jahr signifikant ($p=0,001$) häufiger mit Fragen nach einer Therapiebegrenzung konfrontiert, als wenn dies nicht der Fall war. Der Mittelwert für diese Gruppe betrug 32,91; der Median lag bei 24,00; die Standardabweichung ergab 31,62; die Werte bewegten sich zwischen einem Minimum von 0 und einem Maximum von 156, sodass die Spannweite 156 ergab; der Standardfehler r betrug 3,60. In der Gruppe der Seelsorgenden, die nicht im Palliativbereich tätig waren, ergab sich folgende Verteilung: der Mittelwert betrug 14,05; der Median 12,00 bei einer Standardabweichung von 12,32 Konfrontationen pro Jahr. Die Werte erstreckten sich zwischen einem Minimum von 0 und einem Maximum von 36 Konfrontationen, sodass sich eine Spannweite von 36 ergab. Der Standardfehler r betrug 2,63.



Auch Seelsorgende, die sich als Mitglieder eines multiprofessionellen Behandlungsteams bezeichneten, waren signifikant ($p=0,000$) häufiger mit diesen Fragen konfrontiert, als wenn sie nicht Mitglied in einem solchen Team waren. In dieser Gruppe betrug der Mittelwert 34,77; der Median lag bei 24,00 und die Standardabweichung ergab 31,62. Die Werte bewegten sich zwischen einem Minimum von 0 und einem Maximum von 156, sodass sich eine Spannweite von 156 ergab. Der Standardfehler r betrug 3,75. In der Gruppe der Seelsorgenden, die sich nicht einem multiprofessionellen Behandlungsteam zugehörig fühlten, betrug der Mittelwert 15,39; der Median lag bei 12,00 und die Standardabweichung betrug 15,03. Die Spannweite lag bei 52 und erstreckte sich zwischen einem Minimum von 0 und einem Maximum von 52 Konfrontationen pro Jahr. Der Standardfehler r betrug 2,44.



Signifikant ($p=0,003$) häufiger waren auch Mitglieder eines Ethik-Teams im Vergleich zu denjenigen, die nicht in ein solches Team integriert waren, konfrontiert. Der Mittelwert in dieser Gruppe betrug 33,05; der Median lag bei 24,00, wobei sich eine Standardabweichung von 27,52 ergab. Die Werte bewegten sich zwischen einem Minimum von 1 und einem Maximum von 104 (Spannweite: 103) und der Standardfehler r betrug 3,58. In der Gruppe der Seelsorgenden, die nicht in ein solches Team eingebunden waren, betrug der Mittelwert 22,08; der Median lag bei 12,00 und es ergab sich eine Standardabweichung von 28,73 Konfrontationen pro Jahr. Die Spannweite von 156 ergab sich aus einem Minimum bei 0 und einem Maximum bei 156 Konfrontationen. Der Standardfehler r betrug 4,06.

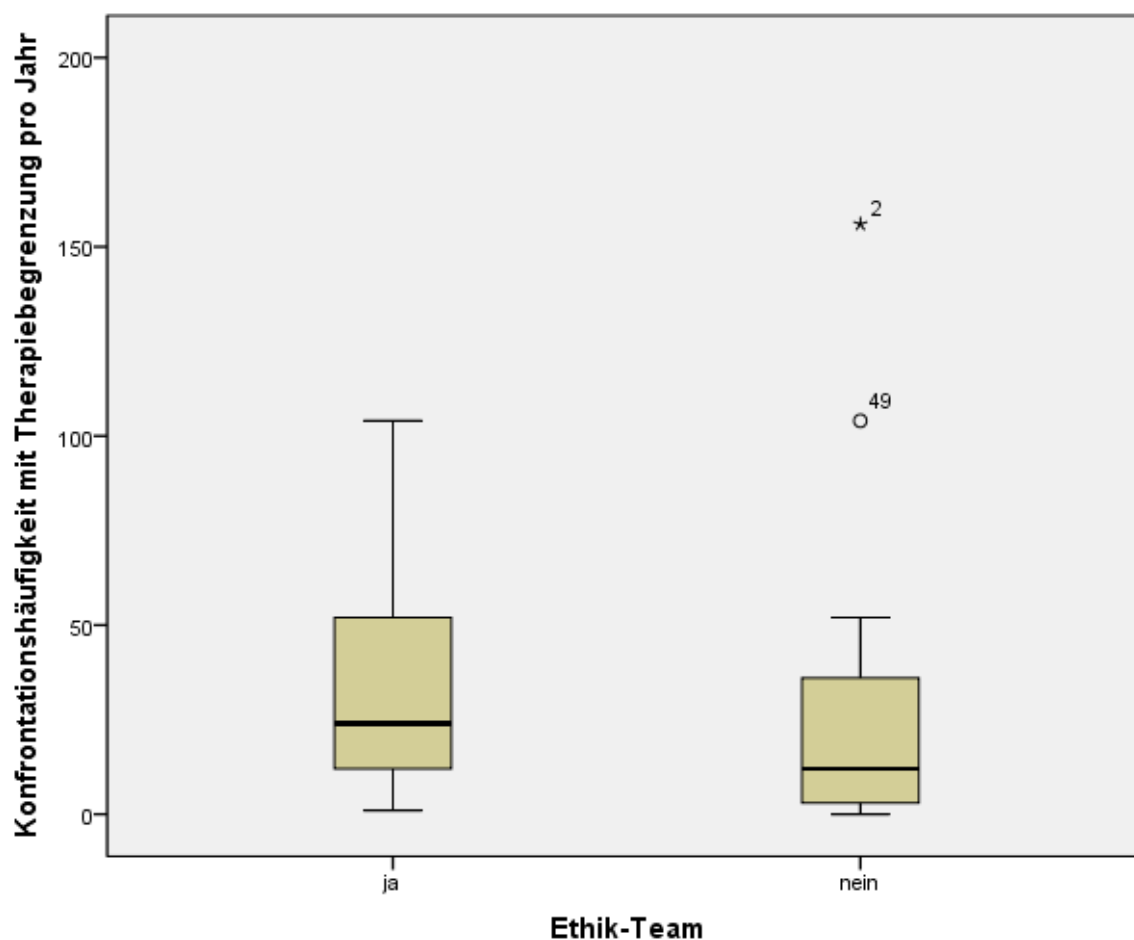


Tabelle 2. Konfrontationshäufigkeit mit Therapiebegrenzung pro Jahr

		Median	SD	
Einsatz im/in der	Palliativbereich	ja***	24	32
		nein	12	12
	Intensiv-/Notfallmedizin	ja	18	31
		nein	18	23
Integration in	Seelsorgeteam	ja	18	26
		nein	24	34
	Multiprofessionelles Behandlungsteam	ja***	24	32
		nein	12	15
	Ethik-Team	ja**	24	28
		nein	12	29
	Träger/Verwaltung	ja	18	35
		nein	21	26

** $P \leq .01$ (Mann-Whitney-U-Test).

*** $P \leq .001$ (Mann-Whitney-U-Test).

Situative Sicherheit:

Seelsorgende, die im Palliativbereich ($p=0,032$) eingesetzt waren und diejenigen, die in einem multiprofessionellen Behandlungsteam ($p=0,022$) arbeiteten, gaben an, sich in Situationen, in denen es um Fragen nach einer Therapiebegrenzung geht, signifikant sicherer zu fühlen.

Vorbereitung durch die jeweilige Ausbildung:

Frauen fühlten sich signifikant ($p=0,020$) schlechter durch ihre jeweilige Ausbildung auf Situationen am Lebensende vorbereitet als Männer.

Die Angaben zur situativen Sicherheit und zur Vorbereitung durch die jeweilige Ausbildung waren positiv miteinander korreliert ($r = 0,235$; $p \leq 0,01$).

Ablauf des Entscheidungsprozesses:

Seelsorgende, die eine Stelle in der Intensiv-/Notfallmedizin innehatten, gaben signifikant ($p=0,003$) häufiger an, dass der Oberarzt in Situationen am Lebensende entscheidet, als wenn sie nicht in diesem Bereich tätig waren.

Seelsorgende, die im Palliativbereich tätig waren, gaben signifikant ($p=0,001$) häufiger an, dass Pflegekräfte in Entscheidungsprozesse am Lebensende eingebunden werden.

Waren die Seelsorgenden im Palliativbereich eingesetzt ($p= 0,001$) oder waren sie über 50 Jahre alt ($p= 0,040$), gaben sie signifikant häufiger an, dass Mitglieder der Seelsorge in die Entscheidungsprozesse eingebunden seien als wenn dies nicht der Fall war.

Waren die Antwortenden über 50 Jahre alt ($p=0,008$), übten sie ihren Beruf seit mehr als 9 Jahren aus ($p=0,040$) oder waren sie im Palliativbereich eingesetzt ($p=0,000$), gaben sie signifikant häufiger an, dass Angehörige des Patienten in die Entscheidungsprozessen eingebunden seien.

Bezüglich der Integration in die unterschiedlichen Teams ergaben sich folgende signifikanten Zusammenhänge: Mitglieder eines multiprofessionellen Behandlungsteams gaben signifikant häufiger an, dass Pflegekräfte ($p=0,000$), Mitarbeiter der Seelsorger ($p=0,000$) und Angehörige des Patienten ($p=0,018$) in die Entscheidungsprozesse einbezogen seien. Mitglieder in einem Ethikteam erklärten signifikant häufiger ($p=0,015$), dass dies für Mitarbeiter der Seelsorge gelte und die Seelsorger, die in den Träger oder die Verwaltung einer Einrichtung involviert sind,

gaben signifikant häufiger an, dass Pflegekräfte ($p=0,003$) und Mitarbeiter der Seelsorge ($p=0,004$) in Entscheidungsprozesse eingebunden seien.

Tabelle 3: Entscheidungen am Lebensende

	Integration in:			
	Seelsorgeteam, n (%)	Multi- professionelles Team, n (%)	Ethikteam, n (%)	Träger/Verwaltung, n (%)
Zufrieden mit den Entscheidungen ^a	77 (77)	75 (88) ***	57 (83)	30 (86)
Zufrieden mit der Kommunikation ^a	51 (51)	54 (63) ***	38 (54)	21 (60)
Angehörige einbezogen	76 (72)	68 (77) *	55 (75)	28 (78)
Pflege einbezogen	49 (47)	51 (58) ***	38 (52)	24 (67) **
Seelsorge einbezogen	39 (37)	47 (53) ***	35 (48) *	21 (58) **

^a Summe aus sehr und eher zufrieden

* $p \leq .05$ (Chi-Quadrat-Test)

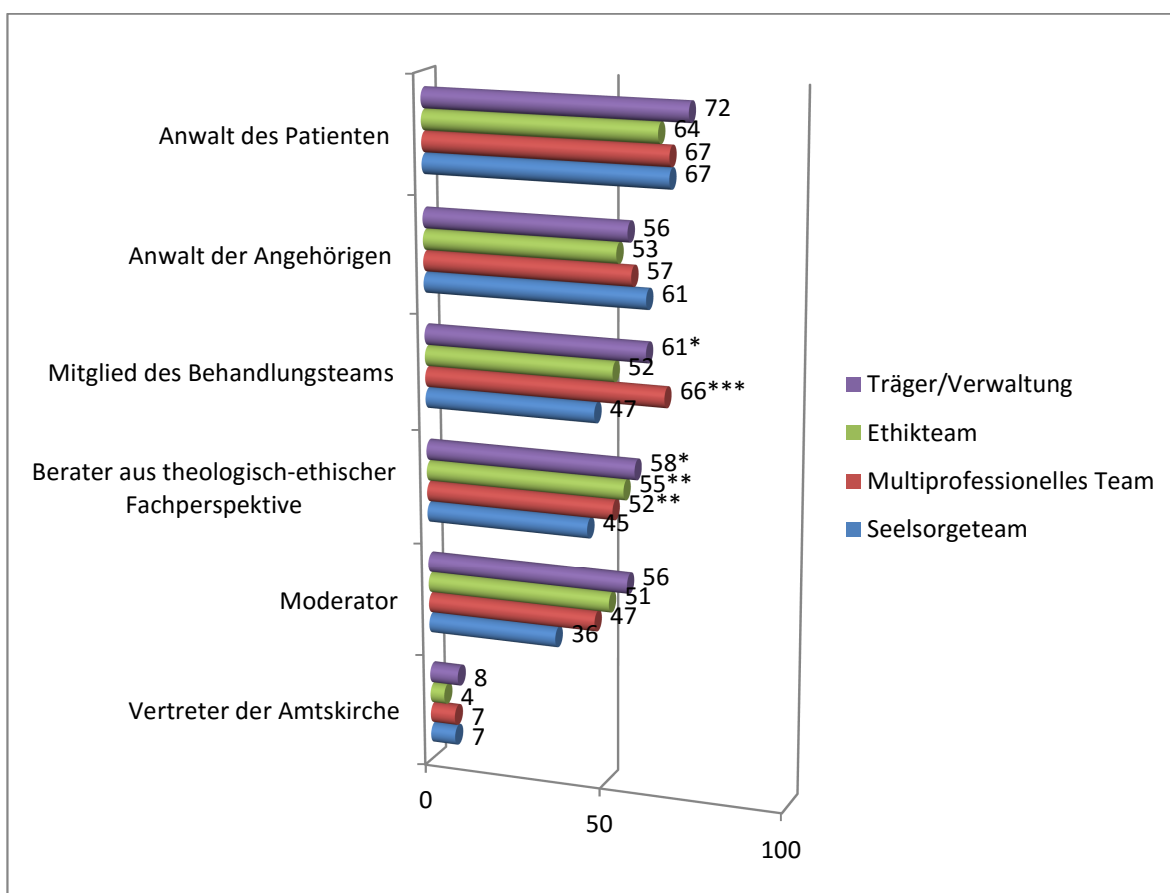
** $p \leq .01$ (Chi-Quadrat-Test)

*** $p \leq .001$ (Chi-Quadrat-Test)

Rolle der Seelsorge im Entscheidungsprozess:

Seelsorgende, die neun Jahre oder weniger Berufserfahrung hatten, fühlten sich signifikant seltener ($p=0,033$) als Anwalt des Patienten, als wenn sie eine schon längere berufliche Praxis hatten. Diejenigen, die eine Stelle im Palliativbereich innehatten, fühlten sich signifikant häufiger als Anwalt des Patienten ($p=0,038$) und als Mitglied des Behandlungsteams ($p=0,000$).

Bezüglich der Mitgliedschaft in den unterschiedlichen Teams ergaben sich folgende Zusammenhänge: Mitglieder eines multiprofessionellen Behandlungsteams fühlten sich signifikant häufiger als Mitglied des Behandlungsteams ($p=0,000$), als Berater aus theologisch-ethischer Fachperspektive ($p=0,010$) und als Moderator ($p=0,000$) als diejenigen Seelsorgenden, die nicht in ein solches Team integriert waren. Gleiches galt für Mitglieder eines Ethik-Teams bezüglich der Rolle als Berater aus theologisch-ethischer Fachperspektive ($p=0,007$) und als Moderator ($p=0,000$). Die Antwortenden, die Mitglieder des Trägers oder der Verwaltung einer Einrichtung waren, gaben signifikant häufiger an, sich als Mitglied des Behandlungsteams ($p=0,036$), Berater aus theologisch-ethischer Fachperspektive ($p=0,044$) und Moderator ($p=0,003$) zu fühlen.

Abbildung 1. Rolle der Seelsorge im Entscheidungsprozess

* $p \leq .05$ (Chi-Quadrat-Test)

** $p \leq .01$ (Chi-Quadrat-Test)

*** $p \leq .001$ (Chi-Quadrat-Test)

Zufriedenheit mit Entscheidungen:

Frauen gaben signifikant seltener ($p=0,003$) an, mit Entscheidungen am Lebensende zufrieden zu sein.

Seelsorgende, die sich einem multiprofessionellen Team zugehörig fühlten, gaben signifikant häufiger an, mit den Entscheidungen, die bei Therapieentscheidungen am Lebensende ablaufen, zufrieden zu sein ($p=0,000$). Dieser Umstand ist bereits in Tabelle 3 graphisch dargestellt.

Zufriedenheit mit Kommunikationsprozessen:

Seelsorgende, die eine Berufserfahrung von neun Jahren oder weniger angaben, erklärten signifikant seltener ($p=0,012$), mit den Kommunikationsprozessen bei Therapieentscheidungen am Lebensende zufrieden zu sein.

Die Antwortenden, die in ein multiprofessionelles Behandlungsteam eingebunden waren, gaben signifikant häufiger an, mit den Kommunikationsprozessen, die im Rahmen von Therapieentscheidungen am Lebensende ablaufen, zufrieden zu sein ($p=0,000$). Dieser Umstand ist bereits in Tabelle 3 graphisch dargestellt.

Die Angaben zur Zufriedenheit mit den ablaufenden Entscheidungen und zur Zufriedenheit mit den stattfindenden Kommunikationsprozessen waren miteinander positiv korreliert ($r = 0,606$; $p \leq 0,01$).

Die Angaben bezüglich der Zufriedenheit mit den kommunikativen Prozessen und die bezüglich der Dauer der Berufsausübung der Antwortenden waren invers miteinander korreliert ($r = -0,208$; $p \leq 0,01$); Werte mit kürzerer beruflicher Praxis (Seelsorgende, die neun Jahre oder weniger berufliche Praxis hatten) korrelierten also mit hohen Werten bezüglich der Unzufriedenheit.

Wichtigkeit der angesprochenen Themen und Informationsbedürfnis bezüglich der angesprochenen Themen:

Die Angaben bezüglich der Wichtigkeit der im Fragebogen angesprochenen Themen und bezüglich des Informationsbedürfnisses, das die Seelsorgenden bezüglich dieser Themen hatten, waren positiv miteinander korreliert ($r=0,194$; $p \leq 0,05$).

4.2.3. Fragen zu ethischen Problemstellungen

4.2.3.1. Deskriptive Analyse

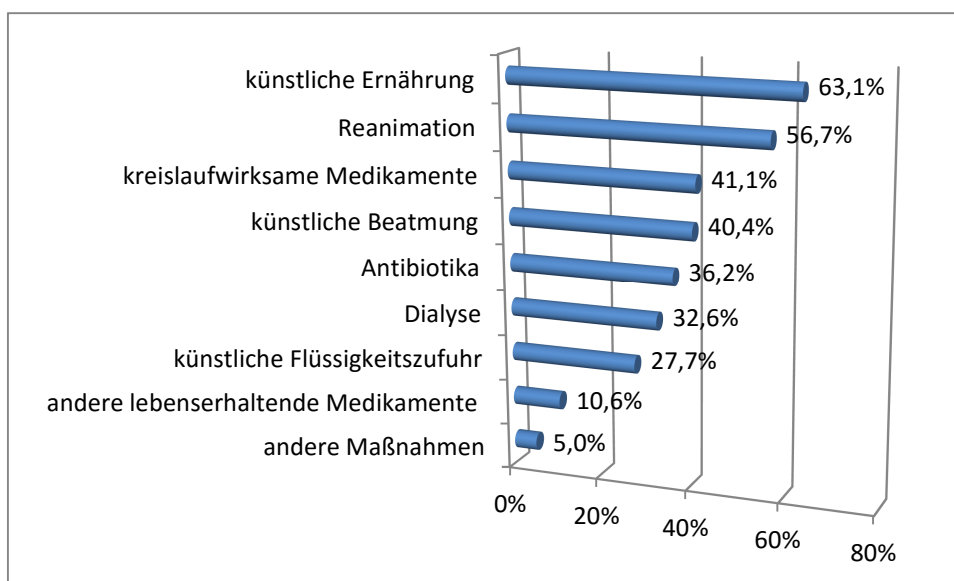
Maßnahmen, die im Rahmen einer Therapiebegrenzung nicht mehr durchgeführt werden:

Die Frage nach den häufigsten lebenserhaltenden Maßnahmen, die bei Patienten im Rahmen einer Therapiebegrenzung nicht mehr durchgeführt wurden und dadurch den Tod des Patienten nicht mehr aufhielten, wurde folgendermaßen beantwortet (bei der Beantwortung waren Mehrfachnennungen möglich):

Die diesbezüglich am häufigsten genannte Maßnahme war die künstliche Ernährung (n=89; 63,1%), gefolgt von der Reanimation (n=80; 56,7%). Das Einstellen oder Nicht-Verabreichen von kreislaufwirksamen Medikamenten (Katecholaminen) wurde von 41,1% (n=58) der Seelsorgenden genannt; 40,4% (n=57) gaben an, dass eine künstliche Beatmung nicht mehr durchgeführt wurde und 36,2% (n=51) erklärten, dass dies für eine Antibiotikagabe der Fall war. Die folgenden Antworten wurden von jeweils weniger als einem Drittel der Seelsorgenden angegeben: Dialyse (n=46; 32,6%), künstliche Flüssigkeitszufuhr (n=39; 27,7%) und andere lebenserhaltene Medikamente (n=15; 10,6%).

Die Rubrik „andere Maßnahmen“ (n=7; 5,0%) beinhaltete folgendes:

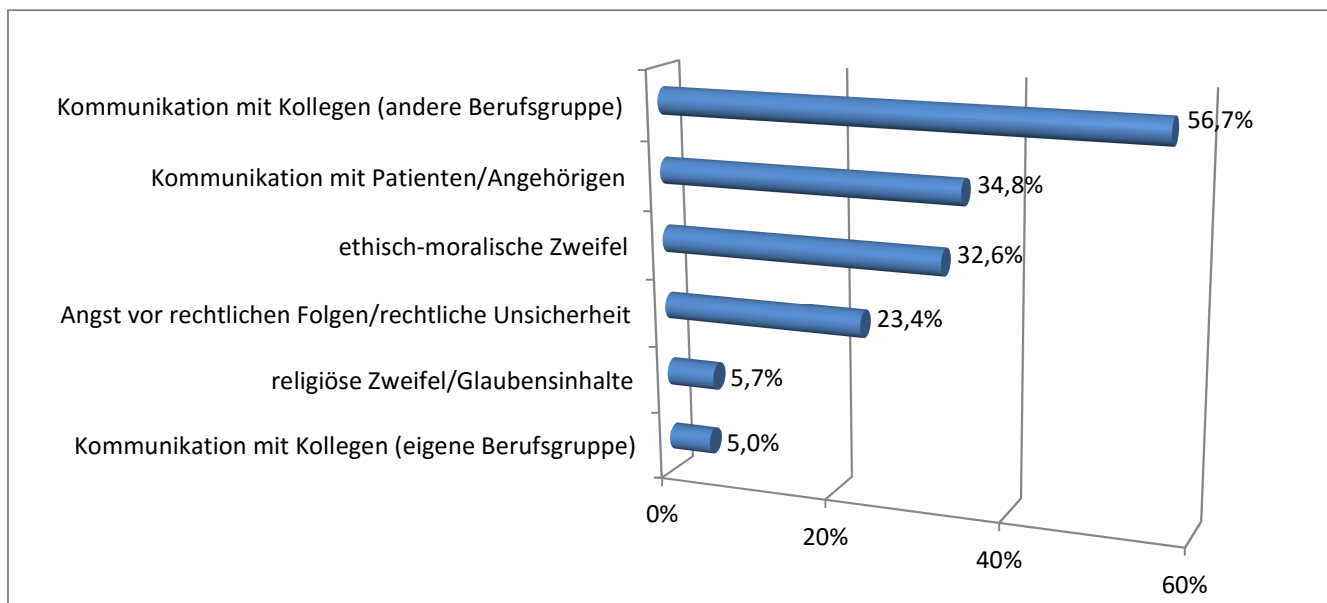
- Blutprodukte (n=2)
- Hirntodprotokoll (n=2)
- Chemotherapie (n=1)
- Klinikeinweisung (n=1)
- Physiotherapie (n=1)



Situative Schwierigkeit:

Auf die Frage, was den Seelsorgenden in Situationen, in denen es um Therapieentscheidungen am Lebensende geht, am meisten Schwierigkeiten bereite, wurde folgendermaßen geantwortet (Mehrfachnennungen waren möglich):

Über die Hälfte (n=80; 56,7%) der Antwortenden gab an, dass die Kommunikation mit Kollegen anderer Berufsgruppen (Ärzte, Pflegende) eine der Hauptschwierigkeiten sei. Nachfolgend wurde die Kommunikation mit dem Patienten und/oder seinen Angehörigen (n=49; 34,8%) genannt. Fast ebenso häufig (n=46; 32,6%) wurden ethisch-moralische Zweifel angegeben. Knapp ein Viertel (n=33; 23,4%) der Seelsorgenden nannte die Angst vor rechtlichen Folgen oder eine rechtliche Unsicherheit als bestimmende Schwierigkeit. Nur etwa fünf Prozent gaben jeweils an, dass religiöse Zweifel oder Glaubensinhalte (n=8; 5,7%) oder die Kommunikation mit Kollegen der eigenen Berufsgruppe (n=7; 5,0%) ein Bereich seien, der ihnen Schwierigkeiten bereite.



Zusätzliche Anmerkungen bezüglich der Schwierigkeiten, die die Seelsorgenden in Situationen am Lebensende hatten, beinhalteten eine genauere Spezifikation kommunikativ problematische Situationen:

„Zustandekommen der Kommunikation ist das eigentliche Problem/Kommunikation selber nicht!“

Es wurde auch eine kritische Anmerkung bezüglich der Fragestellung angebracht:

„Ist [die Frage, Anmerkung S.C.] für mich irritierend. Keine der Möglichkeiten bereitet mir Schwierigkeiten. Sie stellen einen unterschiedlichen Grad der Herausforderung dar.“

Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht:

Auswirkung auf den Kommunikationsprozess:

Die Frage, wie sich das Vorliegen einer Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht auf die Kommunikationsprozesse zwischen Team und Angehörigen auswirke, beantworteten die Seelsorgenden wie folgt:

Als sehr positiv bewerteten 20,6% (n=29) der Antwortenden das Vorliegen eines solchen Instruments. Von 68,1% (n=96) wurde es als eher positiv bewertet. Die Angabe eher negativ machten 2,8% (n=4) der Seelsorgenden und die Angabe sehr negativ wurde nicht gewählt. 4,3% (n=6) gaben an, diesbezüglich keine Erfahrung gemacht zu haben.

Konfrontationshäufigkeit mit Patientenverfügungen/Vorsorgevollmachten:

Die Seelsorgenden gaben an, im Mittel 35,74 mal pro Jahr mit Patientenverfügungen und/oder Vorsorgevollmachten konfrontiert zu sein. Der Median betrug 24,00 bei einer Standardabweichung von 41,28. Die angegebenen Werte erstreckten sich zwischen einem Minimum von 0 und einem Maximum von 260 Konfrontationen pro Jahr, sodass sich eine Spannweite von 260 ergab. Der Standardfehler r betrug 3,95.

Ansprechen von Patienten und Angehörigen bezüglich der Thematik Patientenverfügung / Vorsorgevollmacht:

Die Frage, ob die Seelsorgenden selbst schon Patienten oder Angehörige bezüglich der Thematik einer Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht angesprochen hätten, beantworteten 95,0% (n=134) mit ja und 2,8% (n=4) mit nein.

Besitz einer Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht:

Die Frage, ob die Seelsorgenden für sich selbst eine Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht erstellt hätten, wurde folgendermaßen beantwortet: 32,6% (n=46) gaben an sowohl eine Patientenverfügung als auch eine Vorsorgevollmacht erstellt zu haben. Nur eine Vorsorgevollmacht hatten 10,6% (n=15) der Antwortenden erstellt; 3,5% (n=5) machten diese Angabe bezüglich einer Patientenverfügung. Über die Hälfte (n=72; 51,1%) der Antwortenden gab an, für sich selbst weder eine Vorsorgevollmacht noch eine Patientenverfügung erstellt zu haben.

Befolgen von Patientenverfügungen:

Auf die Frage, wie oft Patientenverfügungen prozentual befolgt werden, antworteten die Seelsorgenden im Mittel mit 71,22%. Der Median betrug 80,00% bei einer Standardabweichung von 23,55%. Die Werte erstreckten sich zwischen einem Minimum von 2% und einem Maximum von 100%, sodass sich eine Spannweite von 98% ergab. Der Standardfehler r betrug 2,26.

Die Angaben der Seelsorgenden, die sie bei dieser Frage machte, wurden zum Teil durch zusätzliche Angaben relativiert. Es wurden dabei folgende Gründe angegeben: für eine Befolgung einer vorliegenden Patientenverfügung sei Voraussetzung, dass bekannt sei, dass eine Verfügung vorliege und dass diese für die jeweilige Situation spezifisch genug verfasst wurde.

Tabelle 4. Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht

Immer mehr Patienten nutzen die Möglichkeit, in einer **Patientenverfügung** frühzeitig festzuhalten, welche Behandlungsmaßnahmen sie in bestimmten Situationen wünschen bzw. ablehnen. Auch verfassen immer mehr Patienten eine **Vorsorgevollmacht**, mit der sie eine Person ihres Vertrauens bevollmächtigen, Entscheidungen über die medizinische Behandlung für sie zu treffen.

	Mittelwert	Median	SD
Konfrontationshäufigkeit	35,74/Jahr	24/Jahr	41,28/Jahr
Stelle im Palliativbereich	Ja }*** Nein	24/Jahr 10/Jahr	
Integration in Ethik-team	Ja }*** Nein	24/Jahr 10/Jahr	
Integration in Multi-professionelles Team	Ja }*** Nein	24/Jahr 10/Jahr	
Befolgung	71,22%	80,0%	23,55%

	sehr positiv n (%)	eher positiv n (%)	eher negativ n (%)	Sehr negativ n (%)	keine Erfahrung n (%)
Auswirkung auf den Kommunikationsprozess	29 (20,6)	96 (68,1)	4 (2,8)	0 (0)	6 (4,3)

	Ja n (%)	Nein n (%)
Ich habe Patienten/Angehörige bezüglich dieser Thematik angesprochen	134 (95,0)	4 (2,8)

	Patientenverfügung n (%)	Vorsorgevollmacht n (%)	beides n (%)	weder noch n (%)
Ich besitze eine...	5 (3,5)	15 (10,6)	46 (32,6)	72 (51,1)

*** $p \leq 0,001$ Mann-Whitney-U-Test

Rechtliche Fragestellungen:

Bei den folgenden Fragestellungen wurden die Seelsorgenden gebeten, Stellung zu medizinethisch relevanten rechtlichen Aussagen zu nehmen.

Therapieabbruch – Therapiebeginn:

Der Aussage, ob es einen rechtlichen Unterschied mache, ob eine lebenserhaltende Therapie abgebrochen oder gar nicht erst begonnen werde, widersprachen 46,1 % der Antwortenden (widerspreche ganz: n=44; 31,2%; widerspreche eher: n=21; 14,9%). Ein Drittel der Seelsorgenden (n=47; 33,3%) stimmte der Aussage eher zu und 17,0% (n=24) wählten die Möglichkeit ich stimme ganz zu.

Einige zusätzliche Anmerkung der Antwortenden kritisierten die Fragestellung. Dies ist in folgendem Zitat zusammengefasst:

„So nicht zu beantworten, da rechtlich nicht präzise: im Notfall/Akutsituation wäre es unterlassene Hilfeleistung (es sei denn Verzicht auf Wiederbelebung)[...].“

Ehepartner – gesetzlicher Vertreter:

Der Aussage, der Ehepartner des Patienten sei nach aktueller Rechtslage automatisch sein gesetzlicher Vertreter, widersprachen 63,8% (n=90) der Antwortenden ganz; 16,3% (n=23) widersprachen dieser Aussage eher. 11,3% (n=16) stimmten der Aussage eher zu und 6,4% (n=9) stimmten ganz zu.

Ermittlung des mutmaßlichen Willens:

Die Aussage, dass zur Ermittlung des mutmaßlichen Willens konkrete Anhaltspunkte, z.B. frühere Äußerungen des Patienten, religiöse Überzeugungen oder Wertvorstellungen herangezogen werden müssen, wurde von den Antwortenden folgendermaßen bewertet: Jeweils eine Person widersprach ganz und eher (je 0,7%). 12,1% (n=17) stimmten dieser Aussage eher zu und 84,4% (n=119) stimmten ganz zu.

Patientenverfügung nichtig bei Vorliegen einer Betreuung:

Folgende Bewertung wurde bezüglich der Aussage, dass eine Patientenverfügung im Falle des Vorhandenseins eines Betreuers oder Bevollmächtigten nichtig sei, getroffen: 79,4% (n=112) widersprachen dieser Aussage ganz; 12,8% (n=18) wählten die Angabe

widerspreche eher. 2,8% (n=4) stimmten dieser Aussage eher zu und 2,1% (n=3) stimmten ihr ganz zu.

Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen – Betreuungsgericht:

Der Aussage, dass ein Betreuungsgericht entscheiden müsse, ob lebenserhaltende Maßnahmen beendet werden dürfen, widersprachen 51,1% (n=72) ganz; 33,3% (n=47) widersprachen eher; 6,4% (n=9) stimmten eher zu und 2,8% (n=4) stimmten ganz zu.

Einige der Antwortenden machten bei dieser Frage die zusätzliche Anmerkung, dass ein Betreuungsgericht nur dann eingeschaltet werden müsse, wenn es bei den Verantwortlichen nicht zu einer Einigung komme.

Abschalten Beatmung – aktive Sterbehilfe:

Die Aussage, dass das Abschalten eines Beatmungsgeräts nach dem Willen des Patienten eine Form der aktiven Sterbehilfe sei, wurde von 14,9% der Antwortenden geteilt (stimme ganz zu: n=9; 6,4%; stimme eher zu: n=12; 8,5%). 19,1% (n=27) der Seelsorgenden widersprachen dieser Aussage eher und 60,3% (n=85) widersprachen ganz.

Tabelle 5. Rechtliche Fragestellungen

	Stimme zu n (%)	Widerspreche n (%)
Der Ehepartner des Patienten ist nach aktueller Rechtslage automatisch sein gesetzlicher Vertreter.	25 (17,7)	113 (80,1)** ¹
Es macht rechtlich einen Unterschied, ob eine lebenserhaltende Therapie abgebrochen oder gar nicht erst begonnen wird.	71 (50,3)	65(46,0)* ¹
Zur Ermittlung des mutmaßlichen Willens müssen konkrete Anhaltspunkte herangezogen werden, z.B. frühere Äußerungen des Patienten, religiöse Überzeugungen oder Wertvorstellungen.	136 (96,4)	2 (1,4)
Ist ein Betreuer oder Bevollmächtigter vorhanden, dann ist die Patientenverfügung nichtig.	7 (4,9)	130 (92,1)
Ob lebenserhaltende Maßnahmen beendet werden dürfen, muss das Betreuungsgericht entscheiden.	13 (9,2)	119 (84,3)
Das Abschalten eines Beatmungsgeräts nach dem Willen des Patienten ist eine Form der aktiven Sterbehilfe.	21 (14,8)	112 (79,4)* ^{1,2,3}

Chi-Quadrat-Test:

* $p \leq 0,05$

** $p \leq 0,01$

1: Ethikteam

2: Seelsorgeteam

3: Multiprofessionelles Behandlungsteam

Problemstellungen klinischer Ethik:

Bei den folgenden Fragen wurden die Seelsorgenden gebeten, zu Problemfeldern klinischer Ethik Stellung zu nehmen.

Tötung auf Verlangen:

Gut drei Viertel (n=106; 75,2%) der Antwortenden gaben an, uneingeschränkt gegen Tötung auf Verlangen/aktive Sterbehilfe zu sein. 19,1% (n=27) gaben an, großteils dagegen zu sein und 2,8% (n=4) waren großteils dafür. Keiner der Seelsorgenden gab an, uneingeschränkt für aktive Sterbehilfe/Tötung auf Verlangen zu sein.

Assistierter Suizid:

Knapp die Hälfte der Antwortenden (n=68; 48,2%) gaben an, uneingeschränkt gegen assistierten Suizid/Beihilfe zur Selbsttötung zu sein; 41,1% (n=58) waren großteils dagegen. 7,8% (n=11) der Seelsorgenden waren großteils für assistierten Suizid und 1,4% (n=2) waren uneingeschränkt dafür.

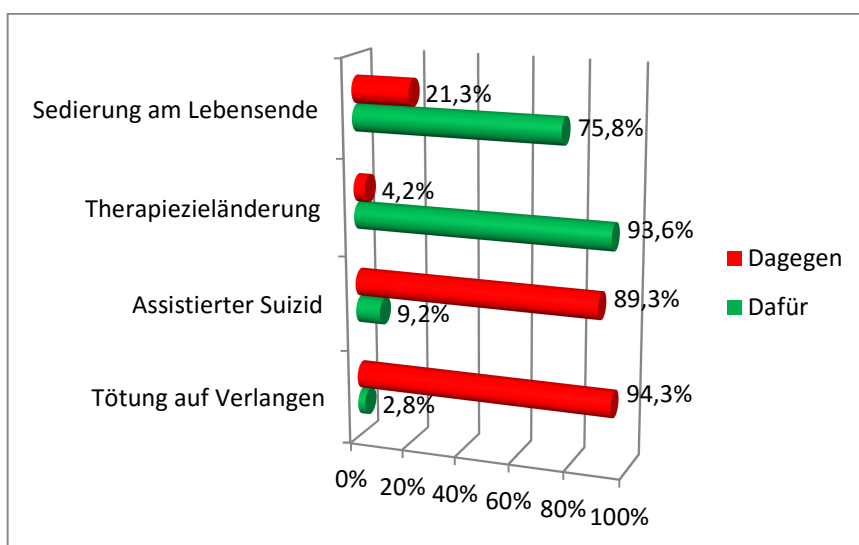
Therapiebegrenzung:

Knapp die Hälfte (n=64; 45,4%) der Seelsorgenden gab an, uneingeschränkt für eine Therapiebegrenzung/Begrenzung lebenserhaltender Maßnahmen zu sein; 48,2% (n=68) waren großteils dafür. Fünf Seelsorgende (3,5%) gaben an, großteils dagegen zu sein und ein Antwortender (0,7%) gab an, uneingeschränkt gegen eine Therapiebegrenzung zu sein.

Sedierung am Lebensende:

21,3% (n=30) der Seelsorgenden gaben an, großteils gegen eine Sedierung/Bewusstseinsdämpfung am Lebensende zu sein. Über drei Viertel der Antwortenden gab an, eine solche Maßnahme zu befürworten: 53,2% (n=75) der Seelsorgenden waren großteils und 22,7% (n=32) uneingeschränkt für die Durchführung einer solchen Maßnahme. Keiner der Seelsorgenden wählte die Angabe uneingeschränkt gegen eine solche Maßnahme zu sein.

Bei dieser Frage gab es einige zusätzliche Anmerkungen, die von den Antwortenden gemacht wurden: demnach befürworten einige der Seelsorgenden eine palliative Sedierung nur unter der Voraussetzung, dass die Sedierung nach dem Willen des Patienten erfolge und/oder dass der Patient unter unkontrollierbaren Symptomen wie Schmerzen oder Atemnot leide.

Abbildung 2: Problemstellungen klinischer Ethik

4.2.3.2. Statistische Analyse

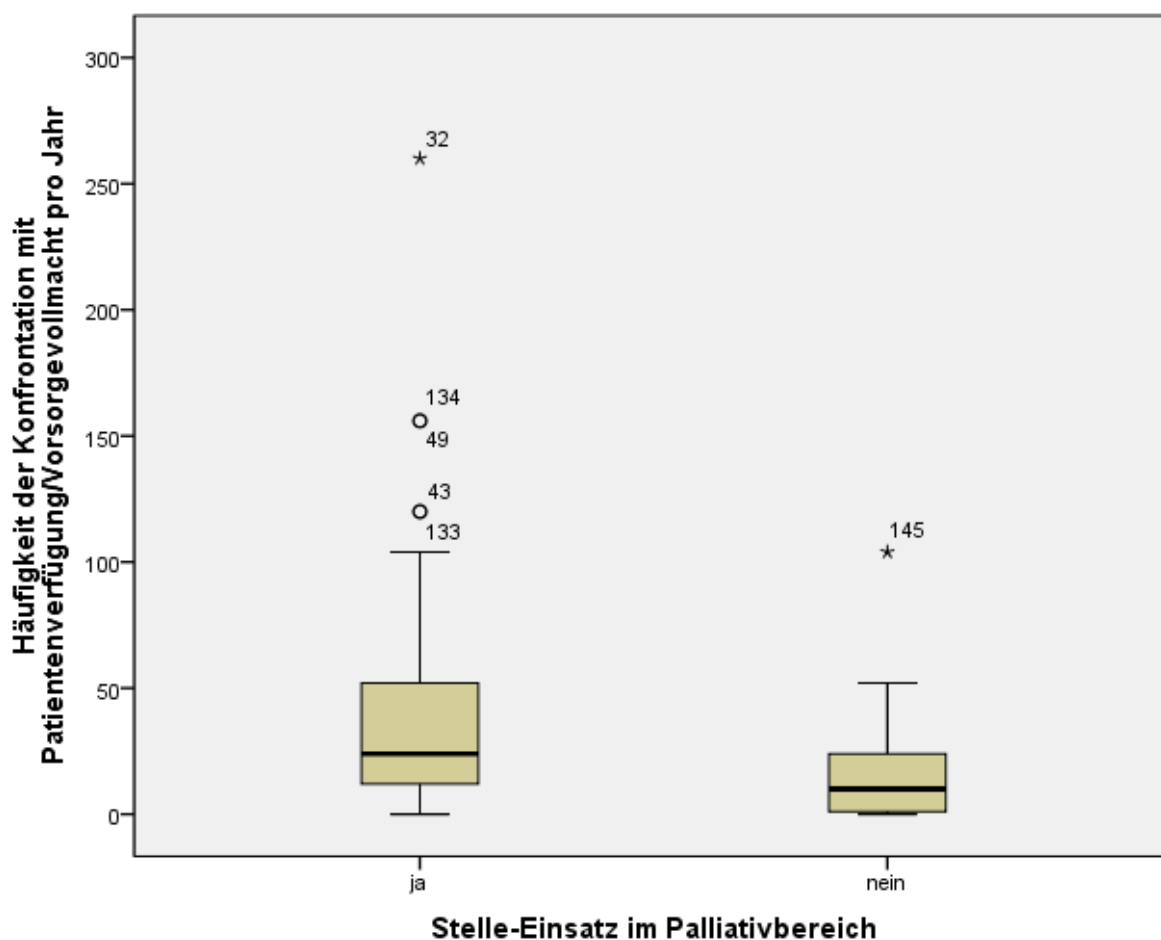
Es wurden jeweils die Kategorien Geschlecht, Alter, Dauer der Berufsausübung, Einsatz im Palliativbereich, Einsatz in der Intensiv-/Notfallmedizin, Integration in ein Seelsorgeteam, Ethik-Team, multiprofessionelles Behandlungsteam und den Träger/die Verwaltung der jeweiligen Einrichtung und Abschluss der Ausbildung Palliative Care beobachtet. Für jedes Kapitel werden die signifikanten Ergebnisse aufgeführt. Auf die nicht signifikanten Ergebnisse wird im Folgenden nicht mehr eingegangen. Sie erschließen sich aus den hier aufgelisteten Kategorien.

Situative Schwierigkeit:

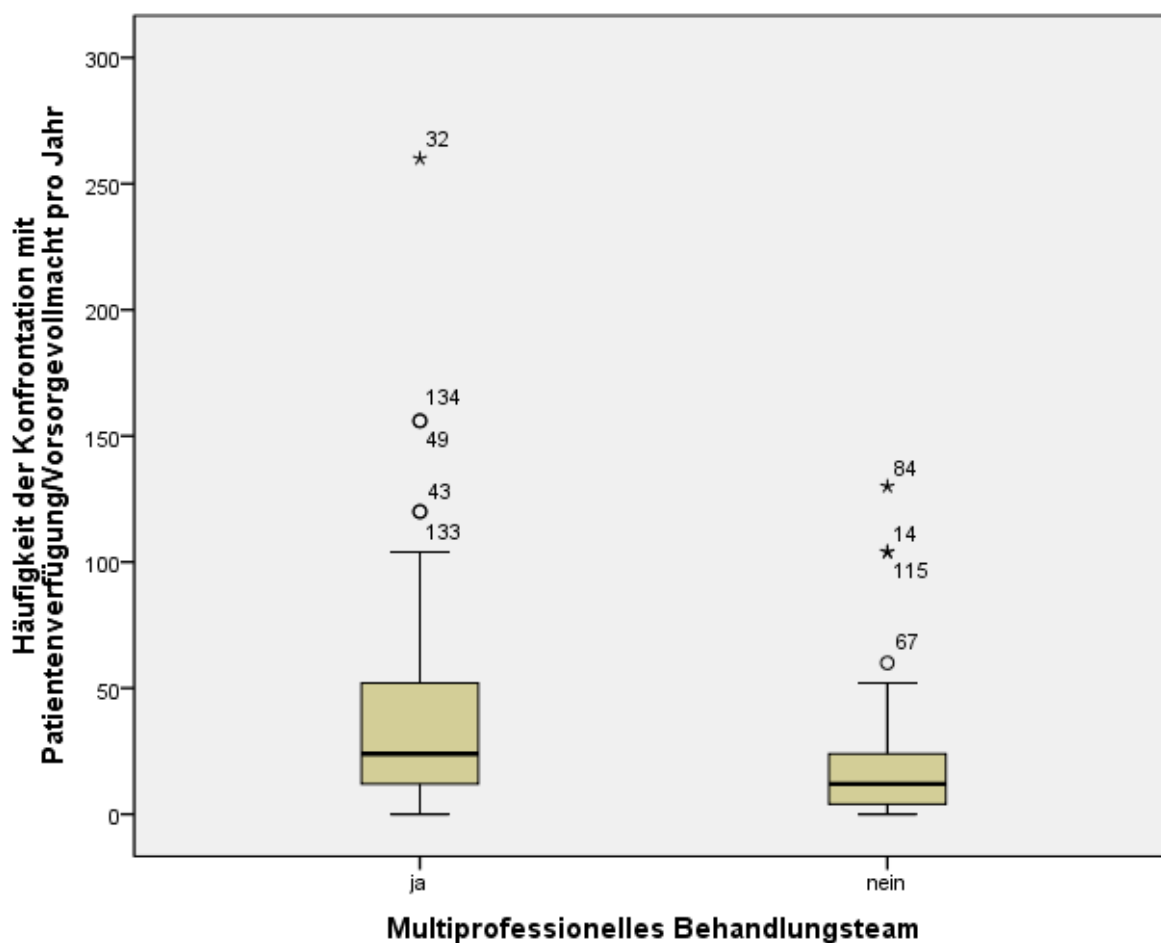
Weibliche Antwortende empfanden die Kommunikation mit Patienten und/oder deren Angehörigen signifikant seltener ($p=0,010$) als schwierig als Männer. Umgekehrt verhielt es sich bei den Angaben bezüglich der Kommunikation mit Kollegen anderer Berufsgruppen (Ärzte, Pflegende). Hier gaben weibliche Seelsorgende signifikant häufiger ($p=0,017$) an, dass diese Prozesse ihnen Schwierigkeiten bereiten als dies bei männlichen Seelsorgenden der Fall war.

Konfrontationshäufigkeit mit Patientenverfügungen/Vorsorgevollmachten:

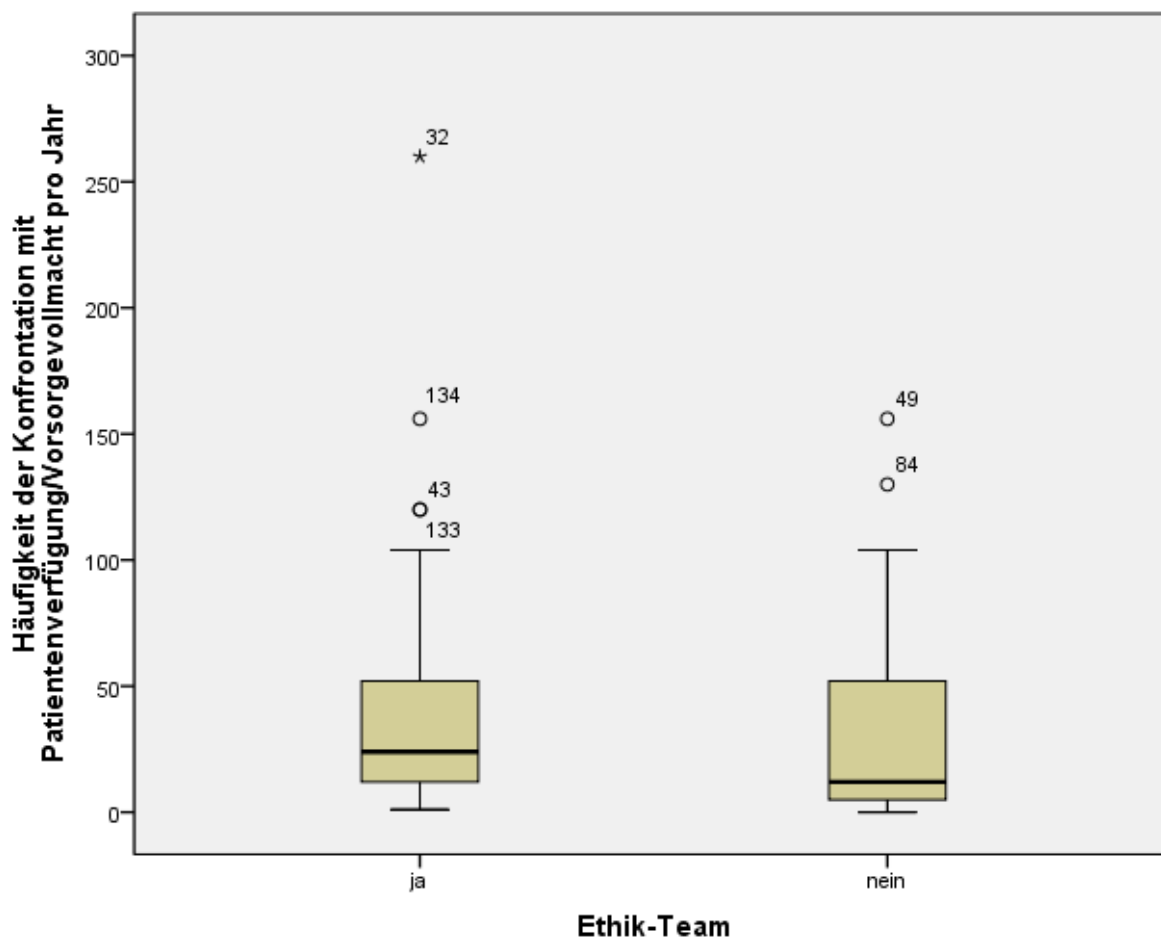
Seelsorgende, die eine Stelle im Palliativbereich innehatten, waren signifikant häufiger ($p=0,001$) mit den Instrumenten Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht konfrontiert als Seelsorgende, die keine Stelle in diesem Bereich innehatten. Der Mittelwert in dieser Gruppe betrug 39,05, der Median 24,00 Konfrontationen pro Jahr. Die Standardabweichung lag bei 43,98 und die Werte erstreckten sich von einem Minimum bei 0 und einem Maximum bei 260 Konfrontationen pro Jahr, sodass sich eine Spannweite von 260 ergab. Der Standardfehler r betrug 5,01. Bei Seelsorgenden, die keine Stelle im Palliativbereich innehatten, belief sich der Mittelwert auf 19,23, der Median lag bei 10,00 und die Standardabweichung betrug 25,22 Konfrontationen pro Jahr. Die Spannweite betrug 104 bei einem Minimum von 0 und einem Maximum von 104. Der Standardfehler r betrug 5,38.



Auch Seelsorgende, die in ein multiprofessionelles Behandlungsteam eingebunden waren, gaben an, signifikant häufiger ($p=0,000$) mit diesen Instrumenten klinischer Ethik konfrontiert zu sein. Der Mittelwert in dieser Gruppe betrug 43,35; der Median lag bei 24,00 Konfrontationen pro Jahr. Dabei ergab sich eine Standardabweichung von 44,35. Die angegebenen Werte bewegten sich zwischen einem Minimum von 0 und einem Maximum von 260, sodass die Spannweite 260 betrug. Der Standardfehler r betrug 5,26. Seelsorgende, die sich nicht einem multiprofessionellen Behandlungsteam zugehörig fühlten, gaben im Mittel an, 21,34 mal pro Jahr mit diesen Instrumenten konfrontiert zu sein. Der Median lag bei 12,00 und die Standardabweichung belief sich auf 30,42 Konfrontationen pro Jahr. Es ergab sich eine Spannweite von 130 bei einem Minimum von 0 und einem Maximum von 130. Der Standardfehler r betrug 4,93.



Die Konfrontationshäufigkeit mit Patientenverfügungen oder Vorsorgevollmachten für Seelsorgende, die in ein Ethik-Team integriert waren, war signifikant höher ($p=0,000$) als für Seelsorgende, die nicht in ein solches Team eingebunden waren. Der Mittelwert in dieser Gruppe betrug 40,59; der Median lag bei 24,00 Konfrontationen pro Jahr und die Standardabweichung ergab 44,08. Die Werte bewegten sich zwischen einer und 260 Konfrontationen pro Jahr, was eine Spannweite von 259 ergibt. Der Standardfehler r lag bei 5,74. Seelsorgende, die nicht in ein Ethik-Team eingebunden waren, gaben im Mittel eine Konfrontationshäufigkeit von 30,02 Konfrontationen pro Jahr an. Der Median lag bei 12,00 und die Standardabweichung betrug 37,34. Die Werte lagen zwischen 0 und 156 jährlichen Konfrontationen, sodass die Spannweite 156 betrug. Als Standardfehler r ergab sich 5,28.



Rechtliche Fragestellungen:

Es wurden alle Fragestellungen bezüglich rechtlicher Aussagen statistisch anhand der oben aufgeführten Gruppen untersucht. Im Folgenden sind nur die Fragestellungen aufgeführt, bei denen sich ein signifikanter Zusammenhang für einzelne Gruppen ergab.

Im Ergebnisteil werden lediglich die statistischen Zusammenhänge aufgeführt. Eine Bewertung im rechtlichen Sinne erfolgt im Diskussionsteil.

Therapieabbruch – Therapiebeginn:

Seelsorgende, die in ein Ethik-Team eingebunden waren, widersprachen der Aussage, dass es einen rechtlichen Unterschied mache, ob eine lebenserhaltende Therapie abgebrochen oder gar nicht erst begonnen werde, signifikant häufiger ($p=0,015$) als Seelsorgende, die nicht in ein solches Team eingebunden waren.

Ehepartner – gesetzlicher Vertreter:

Seelsorgende, die in ein Ethik-Team eingebunden waren, widersprachen signifikant häufiger ($p=0,006$) der Aussage, dass nach aktueller Rechtslage der Ehepartner des Patienten automatisch dessen gesetzlicher Vertreter sei.

Abschalten Beatmung – aktive Sterbehilfe:

Seelsorgende, die in ein Seelsorgeteam ($p=0,037$), in ein multiprofessionelles Behandlungsteam ($p=0,029$) oder in ein Ethik-Team ($p=0,045$) eingebunden waren, widersprachen signifikant häufiger der Aussage, dass das Abschalten eines Beatmungsgerätes nach dem Willen des Patienten eine Form der aktiven Sterbehilfe sei.

Problemstellungen klinischer Ethik:

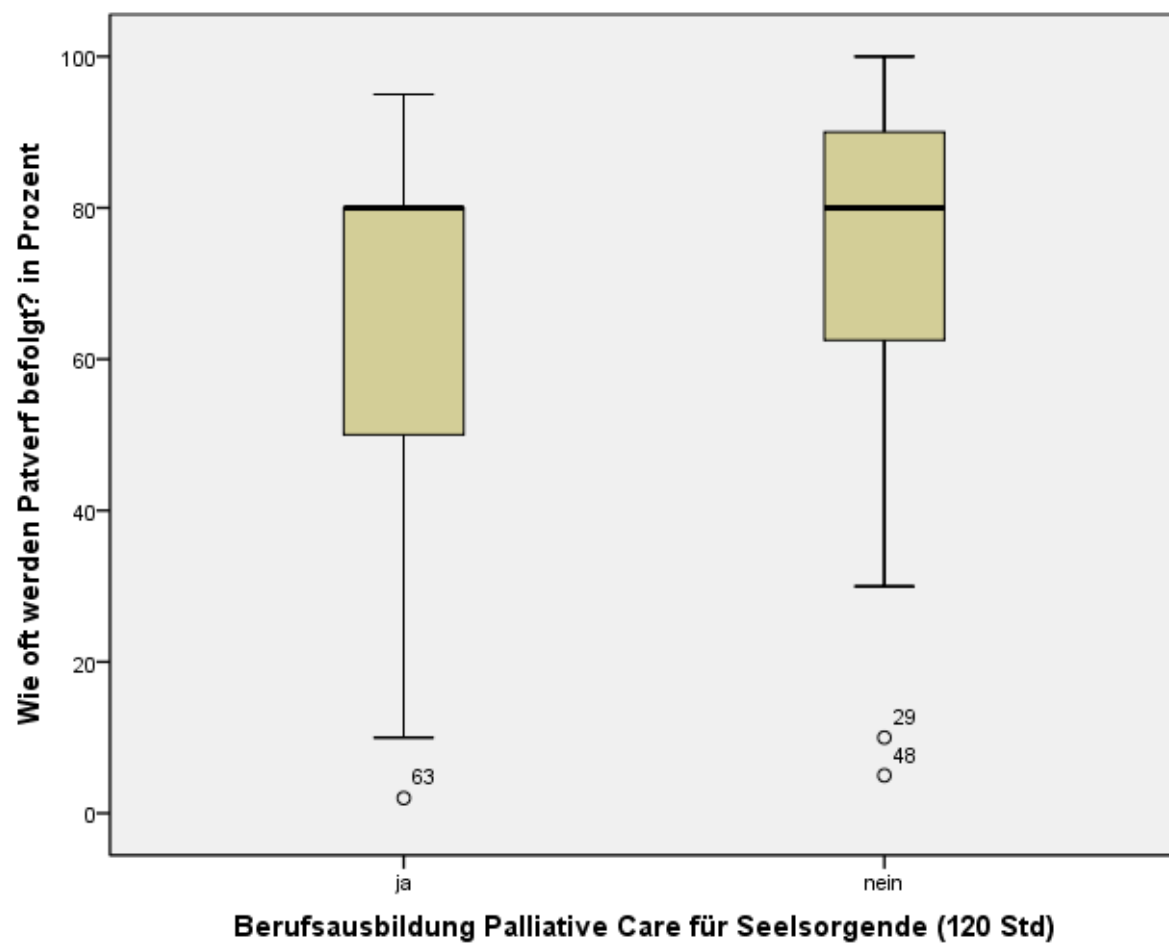
In diesem Themenbereich wurde neben den oben genannten Kategorien auch die Kategorie Konfession auf signifikante Zusammenhänge getestet. Dabei ergaben sich keine signifikanten Zusammenhänge.

Sedierung am Lebensende:

Seelsorgende, die eine berufliche Praxis von neun Jahren oder weniger hatten, gaben signifikant häufiger ($p=0,001$) an, gegen eine Sedierung („Bewusstseinsdämpfung“) am Lebensende zu sein als Seelsorgende, die länger als neun Jahre in ihrem Beruf tätig waren.

Ausbildung in Palliative Care (>120 Stunden):

Seelsorgende, die einen Kurs Palliative Care für Seelsorgende (>120 Stunden) absolviert hatten, gaben signifikant seltener ($p=0,035$) an, dass Patientenverfügungen befolgt werden. Der Mittelwert in der Gruppe der Seelsorgenden, die eine solche Ausbildung absolviert hatten, betrug 63,24%; der Median lag bei 80,00% und es ergab sich eine Standardabweichung von 27,27%. Die Werte erstreckten sich zwischen einem Minimum von 2 und einem Maximum von 95%, sodass sich eine Spannweite von 93% ergab. Der Standardfehler r betrug 4,75. In der Gruppe der Seelsorgenden, die nicht eine solche Ausbildung absolviert hatten, ergaben sich als Mittelwert 74,68%, als Median 80,00% und als Standardabweichung 21,01. Die Werte erstreckten sich zwischen 5 und 100%, sodass sich eine Spannweite von 95% ergab. Der Standardfehler r betrug 2,41.



4.3. Beobachtungen am Freitext

Nach Beendigung des Fragebogens hatten die Seelsorgenden die Möglichkeit, zusätzliche Anmerkungen zu den im Fragebogen angesprochenen Themen niederzuschreiben. Diese Möglichkeit wurde von 38 Antwortenden wahrgenommen. Die Anmerkungen wurden in Kategorien zusammengefasst und werden im Folgenden dargestellt. Einige Anmerkungen werden exemplarisch als Zitate wiedergegeben.

Zusammenfassung eigener Erfahrungen:

Viele Seelsorgende haben im Rahmen des Freitextes individuelle Erfahrungen mit den im Fragebogen angesprochenen Thematiken niedergeschrieben.

„Ich erlebe die Behandlungsteams in unserer Klinik weitgehend so: gute Kommunikation, Berücksichtigung des Patientenwillens, unsicher im Bezug darauf, Sterben zuzulassen.“

Dabei gingen sie auf die Themen ein, die ihrer Erfahrung nach problematisch sein können. Die war zum Beispiel eine zunehmende Überforderung der Angehörigen des Patienten:

„Ich spüre, dass immer mehr Angehörige sich total überfordert fühlen, für ihre Angehörigen zu entscheiden. Während der kurativen Therapie entscheiden Ärzte fast alles allein, sodass es sehr anstrengend ist für Patienten und Angehörige, ihren eigenen Willen zu Gehör zu bringen und durchzusetzen. Wenn es aber um das Lebensende geht, wird ihnen auf einmal alle Verantwortung zugeschustert. Darauf sind sie dann gar nicht vorbereitet, da vorher erwartet wird, dass sie alle Verantwortung abgeben.“

Auch in einer anderen Darstellung wurde auf problematische Situationen hingewiesen, die sich für Angehörige in Sterbesituationen ergeben können:

„[...] Trotz guter Informationslage, trotz hoher Bekanntheit der Patientenverfügung gibt es immer noch große Unsicherheit bei Ärzten und Pflege-Mitarbeitern (Seelsorge eingeschlossen). So eindeutig sind die Patientenverfügungen eben häufig nicht verfasst. Ärzte und Pflegepersonal dürfen Patienten nicht in Luftnot oder Flüssigkeitsmangel geraten lassen. Das möchten etliche Angehörige eben nicht so leicht einsehen. Nach Abschalten der künstlichen Beatmung atmen Patienten gelegentlich aus

eigener Kraft weiter (nach meiner Erfahrung). Das schafft den Angehörigen eher Probleme statt Erleichterung. [...]“

Es wurden jedoch nicht nur gewisse Problemfelder, die sich in der Zusammenarbeit mit den Angehörigen ergeben, thematisiert, sondern auch Problemfelder, die sich innerhalb der individuellen Vorstellungen eines Patienten ergeben können:

„Ich habe mehrmals die Erfahrung gemacht, dass der Wunsch nach Einstellung aller lebenserhaltender Maßnahmen vom gleichen Patienten durchaus widersprüchlich sein kann. Manchmal hat er Angst vor den Konsequenzen der eigenen Entscheidung.“

Als problematisch wurde von einem der Seelsorgenden gerade auch die Diskussion um Problemstellungen klinischer Ethik empfunden:

„Gerade Fragen 22 bis 26 [Fragen zu Problemstellungen klinischer Ethik, 22-25, Anmerkung S.C.] müssen mehr diskutiert werden sowohl im Bereich Theologie als auch in der Medizin. Es muss nach menschlichen Lösungen gesucht werden. Schnell wird sich hinter Gott oder einem Standesethos 'versteckt', um denjenigen, um die es geht, ein Verbot zu erteilen. Letztlich bleibt die Frage: Wer entscheidet, dass jemand leben muss? Und um wen geht es eigentlich? Es geht für mich eher um machtpolitische Fragen als das Wahrnehmen von menschlicher Eigenverantwortung (die zugelassen werden muss).“

Einige Seelsorgenden formulierten die Wünsche, die sie allgemein im Bereich der Sterbebegleitung haben:

Dabei wurde zum einen eine vermehrte gesellschaftliche Auseinandersetzung gefordert:

„Offene Auseinandersetzung in der Gesellschaft“

Eine andere Antwort zielte auf eine vermehrte palliative und spirituelle Betreuung ab:

„Weniger Maximaltherapie, religiösen Standpunkt erfragen. Mehr Förderung und Anwendung der Palliativmedizin.“

Ferner wurde auf die Notwendigkeit von gut funktionierender Kommunikation hingewiesen:

„Sämtliche Bemühungen stehen und fallen mit den Gesprächen, die geführt werden. Zeit, Raum und Empathie, sowie Verstehbarkeit sind vonnöten.“

Im Idealfall bedeutet für einen der Antwortenden eine Kultur des „guten Sterbens“ auch einen Paradigmenwechsel im medizinischen Bereich - weg von einem Tod, der mit einer Niederlage für den Arzt gleichgesetzt wird, hin zu einem Sterben, das als zum Leben gehörend empfunden wird:

„Schön wäre eine Kultur des Sterbens als `Einschlafen´ (Bedürfnisse und Körperfunktionen sind rückläufig – Durst und Hunger dürfte bei Sterbenden anders sein als bei Kindern, Sportlern und gesunden 50 – Jährigen).

Sterben ist kein – bzw. ist nicht von vorneherein anzusehen als – ärztliches Desaster / Misserfolg oder als ärztlich / pflegerische Konzession des `Maschine-Abschaltens´, sondern gehört – auch wenn es traurig ist und macht – zum Sein (zur Existenz) wie Geboren - Werden, Verlieben, Streiten etc.

Hier sind wir natürlich weit weg von der ärztlichen Haupttätigkeit - aber wieso sollte `MEMENTO MORI´ nicht auch über einem Klinikum stehen?“

Multiprofessionelles Arbeiten:

Eine weitere Kategorie, die im Rahmen der Analyse des Freitexts häufig genannt wurde, war diejenige, die sich mit einer multidisziplinären Zusammenarbeit beschäftigte und damit auch mit den stationsspezifischen Unterschieden, die sich zwischen Stationen, auf denen multiprofessionell gearbeitet wird (Palliativstation) und solchen, auf denen das nicht der Fall ist, ergeben.

Eine Antwort betonte die Tatsache, dass nach der Erfahrung des Antwortenden der Gedanke der interdisziplinären Zusammenarbeit nur im Palliativbereich verwirklicht ist:

„Multiprofessionelles Team nur im Palliativbereich“

In anderen Antworten wird ersichtlich, dass eine interdisziplinäre Zusammenarbeit von den Seelsorgenden erwünscht ist:

„Im Palliativbereich erlebe ich gute Kommunikationskultur, multiprofessionelles Arbeiten... es braucht noch viele Ansätze und Anregungen, diese Kultur auch auf den Intensiv-/Notfallbereich zu übertragen. Auch für die Intensivmedizin wären Impulse aus der Lehre [...] wichtig. Ansätze gibt es sicherlich [...].“

„Wünsche, dass mehr im Team gearbeitet wird und nicht jede Berufsgruppe für sich agiert.“

Der Gedanke der Zusammenarbeit mehrerer Disziplinen wurde zum Teil auch durch die Einbeziehung des Patienten und seiner Angehörigen erweitert:

„[...] unter Hinzuziehung aller möglichen Perspektiven für den Patienten/die Patientin (besprechen und dann) entscheiden und dafür Zeit nehmen-das heißt, Patient selbst, Angehörige, Ärzte, Pflege, Seelsorge, Psychologen, gelegentlich weitere Therapeuten.

Dahingehende Wünsche wurden nicht nur für das Setting Krankenhaus, sondern auch in Pflegeheimen geäußert:

„Mein Wunschziel wäre schon eine Implementierung einer `interdisziplinären Senioren-Besprechung` in den Wohnbereichen des Heimes.“

Eine andere Aussage machte deutlich, wie die Realität in solchen Einrichtungen teilweise wahrgenommen wird und wie weit sie in dieser Wahrnehmung von dem oben genannten Wunsch differiert:

„Im Pflegeheim ist kein Kontakt zu den Ärzten gewährleistet. Sedierung der Bewohnerinnen, d.h. Beruhigung durch Medikamente (Saft) macht das Zusammenleben erst möglich, leider.“

Kritische Beleuchtung der Fragestellung:

Einige der Antworten beleuchteten den Fragebogen kritisch. Inhalt dieser Kritik war beispielsweise eine für die Antwortenden zu wenig differenzierte Fragestellung, was sich in folgenden Zitaten zeigt:

„Ich organisiere selbst dazu Veranstaltungen oder arbeite bei Tagungen mit, daher waren mir viele Fragen nicht präzise genug, da der Einzelfall der ethischen Fallbesprechung oft noch vielschichtiger ist.“

„Die Befragung ist undifferenziert, manche Terminologien sind von “vorgestern” (“Ehe”-Partner Frage 17) und werden weder den Lebensrealitäten noch den damit verbundenen Notwendigkeiten, Handlungskonsequenzen und Nöten der 1. Menschen 2. Klienten 3. Patienten gerecht.“

Inhalt weiterer Kritik war die Tatsache, dass im Fragebogen nicht nach den unterschiedlichen Arbeitsfeldern (Palliativstation/Nicht-Palliativstation; Krankenhaus/Pflegeheim) unterschieden wurde:

„Die Fragen sind vom Setting KH [Krankenhaus, Anmerkung S.C.] geprägt. In Pflegeheimen laufen die Prozesse anders (Kooperationsärzte kommen ins Haus, kennen die Patienten-Verläufe), weniger akut und dramatisch. Es gibt keinen Palliativbereich. Jeder Bereich hat Palliativsituationen und muss damit umgehen können.“

Eine andere Antwort betonte den positiven Wert für das persönliche Lernen:

„Danke! Fragebogen war für mich Anregung - machte mich auf Lücken aufmerksam.“

Wirtschaftliche Interessen:

Es gab Antworten, die auf die Notwendigkeit von finanzieller Unterstützung hinweisen, um positive Effekte in den Bereichen erzielen zu können, die im Fragebogen angesprochen werden:

„Damit vereinbarte ethische Standards, Leitlinien und Instrumente (eth. Fallbesprechung) angewandt werden, braucht es Promotoren auf leitender Ebene im Krankenhaus. Der Chefarzt muss es zu SEINEM Anliegen in SEINER Abteilung machen...“

Im Rahmen einer anderen Antwort wurde bezüglich dieser Thematik auf die Unterschiede hingewiesen, die sich aus unterschiedlicher Trägerschaft ergeben:

„[...] in einem konfessionellen Krankenhaus gearbeitet, jetzt bin ich in einem der großen Krankenhaus-Konzerne tätig (von Kirchenkreis angestellt). Der Unterschied ist gravierend. Palliativbetreuung wird v.a. unter dem Kostenaspekt gesehen, die Patienten und ihre Bedürfnisse sind viel weniger im Blick. Eventuell soll am Haus eine kleine Palliativ-Station eingerichtet werden. Bisher wurde ich in konzeptionelle Überlegungen nicht einbezogen, obwohl ich Bereitschaft und einen gewissen Erfahrungshintergrund signalisiert habe. Es handelt sich dabei vermutlich eher um eine `Aushängeschild´.“

Rechtliche Unsicherheit:

Eine weitere Kategorie, die beobachtet werden konnte, war eine von den Seelsorgenden beobachtete rechtliche Unsicherheit, besonders unter Vertretern der Ärzte. Dies wird an folgenden Zitaten deutlich:

„Die Ärzteschaft sollte viel besser rechtlich als auch ethisch ausgebildet werden. Im Praxisfeld Krankenhausseelsorge fehlt dazu oft die Zeit. Es sollte verpflichtend im Studium angeboten werden!“

„Großes Problem: die meisten Klinikärzte haben kaum eine Ahnung von der Rechtslage und sehr große Angst vor Vorwürfen der Angehörigen, vor allem, wenn die sich nicht einig sind.“

5. Diskussion

5.1. Fragen zur Praxis

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung zeigen, dass Seelsorgende regelmäßig mit Therapieentscheidungen am Lebensende konfrontiert sind. Im Mittel wurde von den Antwortenden eine Häufigkeit von zwei - bis dreimal im Monat angegeben. Die Häufigkeitsangaben müssen jedoch statistisch insofern kritisch beurteilt werden, als dass die Ergebnisse eine große Streuung aufweisen. Die angegebene regelmäßige Konfrontation ist insofern überraschend, als dass medizinethische Inhalte, die bei diesen Entscheidungen oft eine bedeutende Rolle spielen, keine klassischerweise in der Seelsorgeausbildung vorgesehenen Themen sind.⁴⁹ Die Erfahrungen der Antwortenden der vorliegenden Studie decken sich jedoch mit Erfahrungen, die im internationalen Bereich publiziert wurden: in Australien gaben knapp die Hälfte der Seelsorgenden (47%) an, Patienten und deren Familien bei Entscheidungen bezüglich lebensverlängernden Maßnahmen unterstützt zu haben; der Prozentsatz hinsichtlich dieser Thematik ist noch höher, wenn die Seelsorgenden hauptamtlich in der Krankenhausseelsorge tätig waren (57%).⁵⁰ Das letztgenannte Kollektiv stimmt eher mit den Antwortenden der vorliegenden Untersuchung überein (nur 5% haben eine Ausbildung für Ehrenamtliche in der Seelsorge). Auch eine Studie aus New York, in der zwei große Untersuchungen bezüglich der seelsorglichen Kontakte im Abstand von etwa zehn Jahren analysiert wurden, zeigt, dass die Seelsorgenden im aktuelleren Zeitraum (2005/2006) durchschnittlich mehr Zeit mit Kontakten, die im Zusammenhang mit dem Sterben oder Entscheidungen am Lebensende eines Patienten stehen, verbrachten.⁵¹ Hinsichtlich der Konfrontationshäufigkeit ist außerdem zu bemerken, dass diejenigen Seelsorgenden, die in ein multiprofessionelles Behandlungsteam oder ein Ethik-Team eingebunden waren, und diejenigen, die eine Stelle im Palliativbereich innehatten, signifikant häufiger angaben, mit Therapieentscheidungen am Lebensende konfrontiert zu sein als diejenigen Seelsorgenden, die nicht in ein solches Team

⁴⁹ Vgl. K. Bentele (2010), Zur Rolle von Klinikseelsorgern in der klinischen Ethikberatung, in: Zeitschrift für medizinische Ethik 2010, 56(1), S. 33-43, S. 37.

⁵⁰ Vgl. L. B. Carey, C. J. Newell (2007), Withdrawal of life support and chaplaincy in Australia, in: Crit Care Resusc 2007, 9(1), S. 34-39, S.35.

⁵¹ Vgl. L.C. Vanderwerker et alii (2008), Selected Findings from the "New York" and the "Metropolitan" Chaplaincy Studies: A 10-Year Comparison of Chaplaincy in the New York City Area, in: Journal of Healthcare Chaplaincy 2008, 15, DOI: 10.1080/08854720802698483, S. 13-24, S. 20.

integriert waren. Dies lässt sich insofern erklären, als dass Seelsorgende in Deutschland nur im Kontext der Palliativmedizin konstante Mitglieder des Behandlungsteams sind, was sich vor allem aus dem von der WHO geforderten multiprofessionellen Ansatz für diesen Bereich ergibt.⁵²

Die Antwortenden gaben eine hohe Sicherheit bezüglich Therapieentscheidungen am Lebensende an: insgesamt 66,7% der Seelsorgenden fühlten sich in diesen Entscheidungen sicher. Seelsorgende, die in ein multiprofessionelles Behandlungsteam eingebunden waren, gaben signifikant häufiger eine situative Sicherheit an als Seelsorgende, die nicht in ein solches Team integriert waren. Die Werte bezüglich der situativen Sicherheit sind deutlich höher als die Angaben, die Assistenzärzte und Pflegende in nicht führenden Positionen auf einer deutschen Intensivstation machten, bei denen jeweils nahezu die Hälfte angab, sich in diesen Situationen unsicher zu fühlen; diejenigen Berufsgruppen, die eine längere berufliche Erfahrung aufweisen konnten, verzeichneten jedoch höhere Anteile an situativer Sicherheit.⁵³ Dies deckt sich mit Erfahrungen, die in der groß angelegten ETHICUS-Studie gemacht wurden, in der die Praxis auf europäischen Intensivstationen dokumentiert werden sollte: hier gaben 81% der Antwortenden aus Zentraleuropa an, mit Therapieentscheidungen am Lebensende keine Schwierigkeiten zu haben.⁵⁴ Die Teilnehmer an dieser Studie zeichneten sich großteils durch langjährige berufliche Erfahrung aus.⁵⁵ Dies gilt auch für einen großen Teil der Befragten in der vorliegenden Untersuchung (56% der Befragten hatten mehr als neun Jahre Berufserfahrung). Es scheint sich also ein Zusammenhang zwischen beruflicher Erfahrung und situativer Sicherheit zu ergeben.

In diesem Zusammenhang ist anzumerken, dass der Anteil an Seelsorgenden, der sich durch die Ausbildung gut auf derartige Situationen vorbereitet fühlte, deutlich geringer (54,6%) war. Zusätzliche Angaben der Seelsorgenden deuten auf diesbezügliche Defizite im Rahmen der akademischen Ausbildung hin. Dies deckt sich mit der Feststellung, dass medizinethische Themen keine klassischerweise in der seelsorglichen

⁵² Vgl. WHO-Definition Palliative Care (2003), <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>, Aufrufdatum: 13.09.2011.

⁵³ Vgl. R. J. Jox et alii (2010), Limiting life-sustaining treatment in German intensive care units: A multiprofessional survey, in: *Journal of Critical Care*, 2010, 25(3), S.413-419, S. 416.

⁵⁴ Vgl. C.L. Sprung et alii (2008), Reasons, considerations, difficulties and documentation of end-of-life decisions in European intensive care units: the ETHICUS Study, in: *Intensive Care Med* 2008, 34, DOI 10.1007/s00134-007-0927-1, S. 271-277, S. 274.

⁵⁵ Vgl. C.L.Sprung et alii (2003), End-of-Life Practices in European Intensive Care Units - The Ethicus Study, in: *Caring for the Critically Ill Patient JAMA*, 2003; 290(6), S. 790-797, S. 791.

Ausbildung vorgesehenen Themen sind.⁵⁶ Positiv bewertet wurden jedoch zusätzliche Aus - und Fortbildungen, die sich mit den im Fragebogen angesprochenen Themen auseinandersetzen. Eine große Anzahl der Antwortenden weist eine solche zusätzliche Qualifikation auf. Möglicherweise ergibt sich auch aus dem hohen Grad an zusätzlicher Qualifikation die hohe situative Sicherheit der Antwortenden. Ein ähnliches Ergebnis ergab sich aus einer Befragung von Seelsorgenden in Sheffield: demnach geben zwar 53,6% der Antwortenden an, im Bereich der Seelsorge für Sterbende gute Fähigkeiten zu haben, 71% erklärten jedoch, sich bezüglich dieser Thematik mehr Ausbildung zu wünschen.⁵⁷ Auch hier ist ersichtlich, dass es zwischen Ausbildung und erworbenen Fähigkeiten durchaus Diskrepanzen gibt.

Hatten die Antwortenden eine Ausbildung in Palliative Care für Seelsorgende absolviert (>120 Stunden), ergaben sich keine signifikant höheren Angaben bezüglich der situativen Sicherheit gegenüber denjenigen Seelsorgenden, die diese Ausbildung nicht absolviert hatten. Auch dies mag durch die Tatsache erklärbar sein, dass sehr viele Antwortende sich in unterschiedlicher Form zusätzlich bezüglich der im Fragebogen angesprochenen Themen weitergebildet hatten, sodass sich diesbezüglich kein unmittelbarer Vorteil aus der Ausbildung Spiritual Care für Seelsorgende ergab.

Insgesamt zeigte sich bei den Seelsorgenden eine hohe Zufriedenheit mit Therapieentscheidungen am Lebensende: 73,7% waren zufrieden mit den diesbezüglich getroffenen Entscheidungen. Diese Werte korrelieren mit Angaben von Ärzten, die auf französischen Intensivstationen arbeiten (73%), sind jedoch deutlich höher als die Angaben von Pflegepersonal (33%) auf denselben Intensivstationen.⁵⁸ Demgegenüber steht in der vorliegenden Untersuchung die deutlich geringere Anzahl an Antwortenden, die mit der Kommunikation im Rahmen dieser Prozesse zufrieden ist. Eine solche Angabe machten nur 48,2%. Dies scheint ein Problem zu sein, das in anderen Ländern geringere Bedeutung hat. Eine Untersuchung über die Zufriedenheit von Mitarbeitern in US-amerikanischen Hospizen kommt zu diesbezüglich zu folgenden Ergebnissen: es wurden die Kategorien Entlohnung, Teamarbeit, Management und Aufsicht, Organisation, tägliche Arbeit und globale Zufriedenheit im Arbeitskontext untersucht.

⁵⁶ Vgl. K. Bentele (2010), Zur Rolle von Klinikseelsorgern in der klinischen Ethikberatung, in: Zeitschrift für medizinische Ethik 2010, 56(1), S. 33-43, S. 37.

⁵⁷ Vgl. M.L. Williams et alii (2006), How well trained are clergy in care of the dying patient and bereavement support? In: Journal of Pain and Symptom Management 2006, 32(1), S. 44-51, S. 46.

⁵⁸ Vgl. E. Ferrand et alii (2003), Discrepancies between perceptions by physicians and nursing staff of Intensive Care Unit end-of-life decisions, in: Am J Respir Crit Care Med 2003, 167, DOI: 10.1164/rccm.200207-752OCS, S. 1310-1315, S. 1312.

Seelsorger hatten dabei in der Summe eine deutlich niedrigere Rate an Zufriedenheit in ihrem Beruf als Ärzte; der Bereich Teamarbeit, für den Kommunikation ein essentieller Bestandteil ist, erreichte jedoch deutlich höhere Werte als die Gesamtzufriedenheit.⁵⁹ Hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang die Tatsache, dass sich eine Einbindung in ein multiprofessionelles Behandlungsteam sowohl auf die Zufriedenheit mit den Entscheidungen als auch mit der Kommunikation positiv auswirkt. Seelsorgende, die in ein solches Team integriert waren, gaben in beiden Bereichen eine signifikant höhere Zufriedenheit an als diejenigen Seelsorgenden, die nicht in ein solches Team integriert waren. Der positive Effekt einer solchen Team-Struktur zeigt sich hierin deutlich.

Die offensichtliche Unzufriedenheit der Seelsorgenden mit kommunikativen Prozessen spiegelt sich auch in ihren Angaben bezüglich der gewünschten Unterstützung für Therapieentscheidungen am Lebensende wider. Als eine der am häufigsten genannten Antworten erscheint hier Supervision. Dies ist eine Maßnahme, die nicht zuletzt auch der Verbesserung kommunikativer Strukturen dient.⁶⁰ Auch unter der Rubrik „Sonstige“ zeigte sich dieser Aspekt: 7,8% gaben hierbei an, sich eine bessere Kommunikation, insbesondere im multiprofessionellen Kontext zu wünschen. Die von den Seelsorgenden gewünschten Maßnahmen zur Unterstützung unterscheiden sich auch deutlich von den Maßnahmen, die in diesem Rahmen von Ärzten und Pflegenden einer deutschen Intensivstation gewünscht werden: in diesen Berufsgruppen spielen Leitlinien eine deutlich größere Rolle.⁶¹ Dies mag auch an der langen Tradition liegen, die Leitlinien insbesondere im intensivmedizinischen Bereich haben.⁶² Der Entscheidungsprozess im Rahmen von Therapieentscheidungen am Lebensende wird von den Seelsorgenden mehrheitlich als kollegiale ärztliche Entscheidung (51,8%) wahrgenommen. Das eher paternalistische Prinzip der alleinigen Entscheidung durch einen Oberarzt wird seltener (41,8%) angegeben. Bezüglich der Frage nach der Einbeziehung anderer (Berufs-) Gruppen in diese Entscheidung ist zunächst anzumerken, dass es quantitativ nur geringe Unterschiede bezüglich der Einbeziehung von Seelsorgenden (38,3%) und Pflegekräften (45,4%) gibt. Im Vergleich gaben laut Ergebnissen aus der ETHICUS-Studie Ärzte auf europäischen Intensivstationen deutlich häufiger an, dass Pflegekräfte in

⁵⁹ Vgl. D.J. Casarett et alii (2011), One big happy family? Interdisciplinary variation in job satisfaction among hospice providers, in: *Journal of Palliative Medicine*, 2011, 14(8), S. 913-917, S. 915.

⁶⁰ Vgl. Erzbistum Bamberg. Supervision: Welche Ziele verfolgt Supervision? (2010), http://www.erzbistum-bamberg.de/erzbistum/ha_pastorales_personal/Supervision/welche_ziele.html, Aufrufdatum: 03.03. 2012.

⁶¹ Vgl. R.J. Jox, E.C. Winkler, G.D. Borasio (2011), Änderungen des Therapieziels am Lebensende: Effekte einer Klinik-Leitlinie, in: *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, DOI 10.1055/s-0031-1298890, S. 3.

⁶² Vgl. J.P. Burns et alii (2003), Do-not- resuscitate order after 25 years, in: *Critical Care Medicine* 2003, 31(5), S. 1543-1550, S. 1543.

Therapieentscheidungen am Lebensende eingebunden seien - dies sei in 78,2% der getroffenen Entscheidungen der Fall, wobei sich diesbezüglich deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen europäischen Regionen ergaben: in Zentraleuropa, wo Deutschland lokalisiert ist, ergaben sich bezüglich dieser Fragestellung nur 70%.⁶³ Es ist zu beachten, dass im Rahmen der ETHICUS-Studie eine Fremdeinschätzung durch Ärzte erhoben wurde.⁶⁴ Eine französische Studie von Eduoard Ferrand und anderen untersuchte in diesem Zusammenhang die Wahrnehmungen von Ärzten und Pflegepersonal bezüglich Therapieentscheidungen am Lebensende. Die Unterschiede dabei waren beachtlich. Obwohl eine große Mehrheit der jeweiligen Berufsgruppen (80% der Ärzte und 91% des Pflegepersonals) der Meinung war, dass Therapieentscheidungen am Lebensende gemeinschaftlich getroffen werden sollten, gaben nur 50% der Ärzte und 27% des Pflegepersonals an, dass dies tatsächlich der Fall war.⁶⁵ Beachtlich sind dabei zum einen die Unterschiede zwischen dem Desiderat und der Realität, aber auch die Unterschiede in der Selbst- und Fremdwahrnehmung der einzelnen Berufsgruppen. Aufgrund dieser Daten lässt sich schlussfolgern, dass es schwierig ist, die Angaben unterschiedlicher Berufsgruppen bezüglich einer Involvierung in solche Entscheidungen zu vergleichen. In der vorliegenden Untersuchung gaben Mitglieder eines multiprofessionellen Teams signifikant häufiger an, dass Pflegepersonal und Seelsorge in Therapieentscheidungen am Lebensende eingebunden seien. Diese Daten weisen deutlich darauf hin, dass die gewünschte Zusammenarbeit unterschiedlicher Disziplinen auf Augenhöhe innerhalb dieser Struktur⁶⁶ kein bloßes Desiderat darstellt. Die Einbeziehung von Angehörigen in die Entscheidungsfindung fand laut den Antwortenden in dieser Untersuchung regelhaft statt (70,2%). Laut der ETHICUS-Studie ist dies auf Intensivstationen deutlich seltener der Fall.⁶⁷ Eine Einbeziehung der Angehörigen darf jedoch nicht unkritisch stattfinden, wie im Rahmen einer zusätzlichen Anmerkung auch betont wird: „*Angehörige sind vom Entscheidungsgruck fernzuhalten.*“ In dieser allgemeinen Form sicherlich nicht differenziert genug, enthält diese Aussage jedoch auch einen wichtigen Aspekt der

⁶³ Vgl. J. Benbenishty et alii (2006), Nurse involvement in end-of-life decision making: the ETHICUS Study, in: *Intensive Care Medicine*, 2006, 32, DOI 10.1007/s00134-005-2864-1, S. 129-132, S. 130.

⁶⁴ Vgl. ebenda, S. 129.

⁶⁵ Vgl. E. Ferrand et alii (2003), Discrepancies between perceptions by physicians and nursing staff of Intensive Care Unit end-of-life decisions, in: *Am J Respir Crit Care Med*, 2003, 167, DOI: 10.1164/rccm.200207-752OCS, S. 1310-1315, S. 1312.

⁶⁶ Vgl. Doyle D et al. (1998) Introduction. In: Doyle D, Hanks GWC, MacDonald N. (1998), *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 2nd edition. Oxford, pp. 3-6, S. 3

⁶⁷ Vgl. C.L. Sprung et alii (2008), Reasons, considerations, difficulties and documentation of end-of-life decisions in European intensive care units: the ETHICUS Study, in: *Intensive Care Med* 2008, 34, DOI 10.1007/s00134-007-0927-1, S. 271-277, S. 273.

Begründung, weshalb im neuen Gesetz zur Patientenverfügung aus dem Jahr 2009 das Vorhandensein der medizinischen Indikation für jeden medizinischen Eingriff für essentiell gehalten wird. Wiesing und andere fassen dies folgendermaßen zusammen: „If a decision is based on the lack of medical indication, this can prevent emotional burden for family members arising from the idea that they may be responsible for the death of their loved one.“⁶⁸

Bezüglich der Rolle, die sich die Seelsorgenden in Entscheidungsprozessen am Lebensende zuteilen, fiel auf, dass die Rolle des Patientenanwalts am häufigsten genannt war. Dies korreliert mit der Entwicklung, dass in Deutschland die Rolle von Patientenfürsprechern zunehmend an Bedeutung gewinnt,⁶⁹ in deren Funktion sich die Seelsorgenden möglicherweise sehen. Nur 46,1% sehen sich als Mitglied des Behandlungsteams. Woher dieses geringe Gefühl der Zugehörigkeit, das von einigen Seelsorgenden im Rahmen zusätzlicher Anmerkungen bedauert wird, rührt, kann aus den vorliegenden Daten nicht geschlossen werden, da es sich lediglich auf die Perspektive der Seelsorgenden bezieht. In einer australischen Untersuchung wurde mithilfe qualitativer Daten versucht, herauszufinden, weshalb manche Seelsorgenden (die mit dieser Meinung quantitativ nicht die Mehrheit ausmachen⁷⁰) nicht der Meinung sind, dass sie an Therapieentscheidungen beteiligt sein sollten. Diese Gründe sollen hier als mögliche exemplarische Erklärungen angeführt werden: neben dem Verständnis, dass Therapieentscheidungen ausschließlich in den Handlungsbereich von Ärzten fielen, wurde unter anderem eine unpassende wissenschaftliche Methodik, mangelnde Ausbildung und ein Rollenverständnis angeführt, wonach das Umgehen mit einer Entscheidung, nicht aber das Treffen derselben seelsorgliche Aufgabe sei.⁷¹ Auch in diesem Kontext ergaben sich einige Auffälligkeiten bezüglich der Mitgliedschaft in einem multiprofessionellen Behandlungsteam: Mitglieder eines solchen Teams fühlten sich signifikant häufiger auch als Mitglieder des Behandlungsteams. Zu beachten ist dabei, dass die Zugehörigkeit zu einem solchen Team zu einer Rollenschärfung führte: Neben dem Zugehörig-Fühlen zu einem Behandlungsteam hatten Seelsorger, die in ein

⁶⁸ U. Wiesing et alii (2010), A new law on advance directives in Germany, in: J Med Ethics 2010, 36, DOI: 10.1136/jme.2010.036376, S. 779-783, S. 780.

⁶⁹ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit. Informationsangebote für Patienten (2011). <http://www.bmg.bund.de/praevention/patientenrechte/informationsangebote-fuer-patienten.html> , Aufrufdatum: 15.02.2012.

⁷⁰ Vgl. L.B. Carey, J. Cohen (2008), Religion, Spirituality and Healthcare treatment decisions: the role of chaplains in the Australian clinical context, in: Journal of Health Care Chaplaincy 2008, 15, DOI: 10.1080/08854720802698491, S. 25-39; S. 32.

⁷¹ Vgl. Ebenda, S. 35.

multiprofessionelles Behandlungsteam integriert waren, ihren Angabe nach auch häufiger die Rolle des Moderators inne. Dies ist eine Entwicklung, die vermutlich daher rührt, dass eine Zusammenarbeit unterschiedlicher Disziplinen auch vermehrte kommunikative Arbeit im Sinne einer Moderation benötigt. Diese Entwicklung wird auch im Rahmen einer Untersuchung US-amerikanische pädiatrischer Palliative Care – Dienste über die Rolle von Seelsorgern innerhalb dieser Einrichtungen thematisiert: Ärzte und medizinische Direktoren sehen dabei in der Einbeziehung von Seelsorgenden insbesondere folgende Vorteile: Neben einer Thematisierung von spirituellen Dimensionen von Leid und einer im Sinne eines ganzheitlichen Ansatzes besseren Patientenbetreuung erleichtern Seelsorgende die Kommunikation, nicht zuletzt zwischen dem Team und den Patienten bzw. deren Familien.⁷² Als Folge daraus werden positive Entwicklungen innerhalb der Team-Struktur gesehen: „[...] that helps the team be a better team, be more resilient in this care.“⁷³

Beachtlich dabei ist, dass im Zuge dieser Rollenschärfung das ursprüngliche Rollenverständnis nicht aufgeweicht wird. Die Rolle des Patientenanwalts war auch von Mitgliedern eines multiprofessionellen Behandlungsteams die am häufigsten genannte Rolle. Erstaunlicherweise spielte in der vorliegenden Untersuchung die Rolle des Vertreters einer Amtskirche, wie sie in der Literatur häufig gefordert wird,⁷⁴ eine untergeordnete Rolle.

⁷² Vgl. G. Fitchett et alii (2011), The role of professional chaplains on Pediatric Palliative Care Teams: Perspectives of physicians and chaplains, in: *Journal of Palliative Medicine* 2011, 14(6), S. 704-707, S. 706.

⁷³ Ebenda.

⁷⁴ Vgl. U. Eibach (2010) Krankenhausseelsorge unter den Bedingungen medizinischer und ökonomischer Realität, in: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 2010, 56(1), S. 3-15, S. 6.

5.2. Fragen zu ethischen Problemstellungen

5.2.1. Medizinethisch-rechtliche Problemfelder

Bevor die Ergebnisse in Fragen zu ethischen Problemstellungen der vorliegenden Studie im Kontext der Literatur beleuchtet werden, sollen hier kurz die im Fragebogen angesprochenen Themen vor dem Hintergrund der aktuellen gesetzlichen Lage (Stand 3/2011) in der Bundesrepublik Deutschland beleuchtet werden.

- **Es macht rechtlich einen Unterschied, ob eine lebenserhaltende Therapie abgebrochen oder gar nicht erst begonnen wird.**

Diese Aussage ist nach der aktuellen Rechtslage falsch. In einem Urteil des Bundesgerichtshofes vom 25.06.2010, in dem es um Sterbehilfe durch Unterlassen, Begrenzen oder Beenden einer begonnenen medizinischen Behandlung (Behandlungsabbruch) geht, wird dies im Leitsatz 2 deutlich gemacht: „Ein Behandlungsabbruch kann sowohl durch Unterlassen als auch durch aktives Tun vorgenommen werden.“⁷⁵

- **Der Ehepartner des Patienten ist nach aktueller Rechtslage automatisch sein gesetzlicher Vertreter.**

Auch diese Aussage ist nicht richtig. Der Ehepartner ist nicht automatisch gesetzlicher Vertreter des Patienten.⁷⁶

- **Zur Ermittlung des mutmaßlichen Willens müssen konkrete Anhaltspunkte herangezogen werden, z.B. frühere Äußerungen des Patienten, religiöse Überzeugungen oder Wertvorstellungen.**

Nach geltendem Recht ist diese Aussage korrekt. In der Änderung des Gesetzes zur Patientenverfügung aus dem Jahr 2009 wird dies deutlich formuliert: „Liegt keine Patientenverfügung vor oder treffen die Festlegungen einer Patientenverfügung nicht auf die aktuelle Lebens - und Behandlungssituation zu, hat der Betreuer die Behandlungswünsche oder den mutmaßlichen Willen des Betreuten festzustellen und auf dieser Grundlage zu entscheiden, ob er in eine ärztliche Maßnahme nach Absatz 1 einwilligt oder sie untersagt. Der mutmaßliche Wille ist aufgrund konkreter Anhaltspunkte zu ermitteln. Zu

⁷⁵ BGH Urteil vom 25.06.2010 (2010), <http://juris.bundesgerichtshof.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=bgh&Art=eb&nr=52999&pos=0&anz=1>, Aufrufdatum: 17.08.2012.

⁷⁶ Vgl. Geschäftsunfähigkeit: Folgen-Absicherung (2010), <http://www.kanzlei-mds.de/media/files/10D08M3938056A000.pdf>, S. 10, Aufrufdatum: 17.08.2012; Vgl. BGB §1897, <http://dejure.org/gesetze/BGB/1897.html>, Aufrufdatum 14.01.2014.

berücksichtigen sind insbesondere frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen, ethische oder religiöse Überzeugungen und sonstige persönliche Wertvorstellungen des Betreuten.“⁷⁷

- **Ist ein Betreuer oder Bevollmächtigter vorhanden, dann ist die Patientenverfügung nichtig.**

Auch diese Aussage ist nicht korrekt. Diesbezügliche Unklarheiten werden im neuen Patientenverfügungsgesetz beseitigt: „Hat ein einwilligungsfähiger Volljähriger für den Fall seiner Einwilligungsunfähigkeit schriftlich festgelegt, ob er in bestimmte, zum Zeitpunkt der Festlegung noch nicht unmittelbar bevorstehende Untersuchungen seines Gesundheitszustandes, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligt oder sie untersagt (Patientenverfügung), prüft der Betreuer, ob diese Festlegungen auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen. Ist dies der Fall, hat der Betreuer dem Willen des Betreuten Ausdruck und Geltung zu verschaffen.“⁷⁸

- **Ob lebenserhaltende Maßnahmen beendet werden dürfen, muss das Betreuungsgericht entscheiden.**

Diese Aussage trifft nicht zu. Die in diesem Punkt vor der Änderung des Gesetzes herrschende Unsicherheit⁷⁹ wird dabei ausgeräumt: „Eine Genehmigung nach Absatz 1 [Einwilligung in einen medizinischen Eingriff, Anm. S.C.] und 2 [Nichteinwilligung in einen medizinischen Eingriff, Anm. S.C.] ist nicht erforderlich, wenn zwischen Betreuer und behandelndem Arzt Einvernehmen darüber besteht, dass die Erteilung, die Nichterteilung oder der Widerruf der Einwilligung dem nach § 1901a festgestellten Willen des Betreuten entspricht.“⁸⁰

⁷⁷ Gesetzesbeschluss des Deutschen Bundestags, Drittes Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts, § 1901a, Absatz 2, http://www.bmj.de/SharedDocs/Downloads/DE/pdfs/3_Gesetz_zur_Aenderung_des_Betreuungsrechts.pdf?__blob=publicationFile, Aufrufdatum: 17.08.2012.

⁷⁸ Gesetzesbeschluss des Deutschen Bundestags, Drittes Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts, § 1901a, Absatz 1, http://www.bmj.de/SharedDocs/Downloads/DE/pdfs/3_Gesetz_zur_Aenderung_des_Betreuungsrechts.pdf?__blob=publicationFile, Aufrufdatum: 17.08.2012.

⁷⁹ Vgl. U. Wiesing et alii (2010), A new law on advance directives in Germany, in: J Med Ethics 2010, 36, DOI: 10.1136/jme.2010.036376, S. 779-783, S. 779.

⁸⁰ Gesetzesbeschluss des Deutschen Bundestags, Drittes Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts, § 1904, Absatz 24, http://www.bmj.de/SharedDocs/Downloads/DE/pdfs/3_Gesetz_zur_Aenderung_des_Betreuungsrechts.pdf?__blob=publicationFile, Aufrufdatum: 17.08.2012.

- **Das Abschalten eines Beatmungsgeräts nach dem Willen des Patienten ist eine Form der aktiven Sterbehilfe.**

Diese Aussage ist nicht korrekt. Als Erklärung hierfür dient das bereits oben erwähnte BGH-Urteil, wonach rechtlich kein Unterschied zwischen dem Nicht-Beginnen und dem (scheinbar aktiven) Abbrechen einer lebenserhaltenden Maßnahme besteht.⁸¹

5.2.2. Diskussion

Die von Seelsorgenden am häufigsten genannte lebenserhaltende Maßnahme, die im Rahmen einer Therapiebegrenzung nicht mehr durchgeführt wurde, ist eine künstliche Ernährung. Dieses Ergebnis unterscheidet sich deutlich von Angaben, die von Ärzten und Pflegepersonal auf einer deutschen Intensivstation gemacht wurden: hierbei gehörte die künstliche Ernährung zu einer der am seltensten genannten Maßnahmen.⁸² Auch in der vorliegenden Untersuchung ist eine künstliche Flüssigkeitszufuhr am seltensten genannt. Es wäre möglich, dass die Zurückhaltung bezüglich dieser Maßnahme zum Teil Reminiszenzen der als „Euthanasie“ getarnten Grausamkeiten durch das Nazi-Regime sind.⁸³ Künstliche Ernährung und Flüssigkeitsgabe sind emotional hoch besetzte und kontrovers diskutierte medizinische Maßnahmen.⁸⁴ In der vorliegenden Studie zeigt sich, dass die diesbezüglich geleistete Aufklärungsarbeit, wie sie beispielsweise in den Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung formuliert werden, durchaus Wirkung zeigt: „Die Hilfe besteht in palliativmedizinischer Versorgung und damit auch in Beistand und Sorge für die Basisbetreuung. Dazu gehören nicht immer Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr, da sie für Sterbende eine schwere Belastung darstellen können. Jedoch müssen Hunger und Durst als subjektive Empfindungen gestillt werden.“⁸⁵

⁸¹ Vgl. BGH Urteil vom 25.06.2010 (2010), <http://juris.bundesgerichtshof.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=bgh&Art=eb&nr=52999&pos=0&anz=1>, Aufrufdatum: 17.08.2012.

⁸² Vgl. R. J. Jox et alii (2010), Limiting life sustaining treatment in German intensive care units: A multiprofessional survey, in: Journal of Critical Care 2010, 25(3), 2010, S. 413-419, S. 415.

⁸³ Vgl. A. Michalsen, K. Reinhart (2006), „Euthanasia“, a confusing term, abused under the Nazi Regime and misused in present end-of-life debate, in: Intensive Care Medicine 2006, 32, DOI 10.1007/s00134-006-0256-9, S. 1304-1310, S. 1307.

⁸⁴ Vgl. Task Force SCCM. Consensus report on the ethics of foregoing life-sustaining treatments in the critically ill. Task Force on Ethics of the Society of Critical Care Medicine, in: Crit Care Med 1990; 18(12): 1435-1439, S. 1439.

⁸⁵ Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung (2011), in: Deutsches Ärzteblatt 2011, 18(7), A 346-348, A 347.

Die von den Seelsorgenden am häufigsten angegebene Schwierigkeit in Situationen, in denen es um Therapieentscheidungen am Lebensende geht, war die Kommunikation mit anderen Berufsgruppen, wobei Ärzte und Pflegende im Rahmen des Fragebogens explizit genannt wurden. Dieses Ergebnis korreliert mit Daten, die aus dem Bereich der ambulanten Palliativversorgung in Deutschland vorliegen: hierbei bezeichneten 53,7% der Gemeinde-Seelsorger die Zusammenarbeit bezüglich der Versorgung palliativer Patienten mit Ärzten als insuffizient.⁸⁶ Ähnliche Beobachtungen gibt es im internationalen Bereich. In einer australischen Untersuchung gab eine große Mehrheit der Seelsorgenden an, dass es ihrer Meinung nach zur seelsorglichen Rolle gehöre, zusammen mit dem medizinischen Personal bezüglich Therapieentscheidungen im Sinne einer ganzheitlichen Versorgung beratend tätig zu sein: 89,6% beantworteten diese Aussage mit ja, 4,59% waren nicht sicher und nur 5,81% lehnten diese Aussage ab.⁸⁷ Im Rahmen qualitativer Forschung wurden Gründe für diese ablehnende Haltung gesammelt: unter anderem wurde mangelnde Zeit, sowohl auf ärztlicher als auch auf seelsorglicher Seite angegeben; auch organisationale Aspekte, die den Kontakt zwischen den einzelnen Berufsgruppen limitieren, wurden thematisiert; des weiteren wurde die kommunikative Fähigkeit auf Seiten der Ärzte kritisiert; nicht zuletzt fände laut den Antwortenden mangelnde Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen auch deswegen statt, weil Ärzten schlichtweg die Information über das Vorhandensein seelsorglicher Begleitung fehle.⁸⁸ Auf dem Gebiet der interdisziplinären Zusammenarbeit scheint es, ebenso wie bezüglich der kommunikativen Strukturen noch Handlungsbedarf zu geben. Knapp ein Viertel der Seelsorgenden nannte als Schwierigkeit innerhalb von Therapieentscheidungen am Lebensende die Angst vor rechtlichen Folgen. Diese Angaben korrelieren mit denen von medizinischem Personal einer deutschen Intensivstation (10-36%).⁸⁹ Die insgesamt nicht allzu hohe Angst vor rechtlichen Folgen lässt sich eventuell damit erklären, dass bei den Seelsorgenden bezüglich der Aussagen zu medizinethisch-rechtlichen Problemfeldern eine sehr hohe Sicherheit (insbesondere bei Mitgliedern eines Ethik-Teams) vorherrschte. Außer der Frage nach dem rechtlichen Unterschied zwischen einem Abbruch und dem Nicht-

⁸⁶ Vgl. K. Buser, V.E. Amelung, N. Schneider (2008), German community pastors' contact with Palliative Care patients and collaboration with health care professionals, in: *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care* 2008, 4(2), S. 85-100, S. 93.

⁸⁷ Vgl. L.B. Carey, J. Cohen (2009), Chaplain-Physician consultancy: when chaplains and doctors meet in the clinical context, in: *J Relig Health* 2009, 48, DOI 10.1007/s10943-008-9206-x, S. 353-367, S. 360.

⁸⁸ Vgl. ebenda, S. 362f.

⁸⁹ Vgl. R.J. Jox et alii (2010), Limiting life sustaining treatment in German intensive care units: A multiprofessional survey, in: *Journal of Critical Care* 2010, 25(3), 2010, S. 413-419, S. 415.

Beginnen einer medizinischen Maßnahme konnten jeweils über 75% der Seelsorgenden diese Fragen in der Untersuchung korrekt bewerten. Mit diesen Werten erreichen die Seelsorgenden zum großen Teil gleich gute bis bessere Werte als intensivmedizinisches ärztliches und pflegerisches Personal auch noch nach Einführen einer klinikinternen Leitlinie bezüglich der angesprochenen Themen.⁹⁰ Aus diesem Kontext heraus lässt sich möglicherweise erklären, weshalb Seelsorgende deutlich häufiger als Ärzte/Pflegende auf einer Intensivstation angaben, dass im Rahmen einer Therapiebegrenzung eine künstliche Beatmung nicht begonnen bzw. abgebrochen werde:⁹¹ im Arbeitsumfeld der Antwortenden dieser Untersuchung ist offensichtlich mehr Rechtssicherheit bezüglich der Angst vor der Durchführung einer vermeintlichen aktiven Sterbehilfe durch ein aktives Abschalten einer Beatmung vorhanden. Seelsorgende, die in Arbeitsumfelder eingebunden sind, die signifikant häufiger mit Therapieentscheidungen am Lebensende konfrontiert sind (multiprofessionelles Behandlungsteam, Ethik-Team), machten im Bereich dieser Fragen zum Teil auch signifikant häufiger korrekte Angaben. In diesem Fall lässt sich die hohe rechtliche Sicherheit vermutlich mit einer vermehrten Konfrontation begründen. Sicherlich spielt auch die große Bandbreite an zusätzlichen Qualifikationen, die in dem vorliegenden Kollektiv vorhanden sind, bei der hohen rechtlichen Kompetenz eine große Rolle.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen, dass Seelsorgende regelmäßig mit den Instrumenten Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht konfrontiert werden: im Mittel gaben die Seelsorgenden einen Wert von etwa dreimal pro Monat an und auch die Angaben bezüglich der Befolgung dieser Instrumente waren relativ hoch (Median 80%). Auch diese Werte wiesen eine große Streuung auf und müssen insofern statistisch kritisch beurteilt werden. Die Tatsache, dass Antwortende, die den Qualifizierungskurs Palliative Care für Seelsorgende absolviert hatten, einen signifikant selteneren Prozentwert der Befolgung von Patientenverfügungen angaben als Antwortende, die diesen Kurs nicht absolviert hatten, mag durch die Tatsache begründet sein, dass sie sich während dieses Kurses intensiv mit dem Thema Patientenverfügung auseinandersetzen⁹² und dadurch möglicherweise eine kritischere Sichtweise bezüglich der Befolgung derselbigen entwickeln. Der überwiegende Anteil der Antwortenden

⁹⁰ Vgl. R.J. Jox, E.C. Winkler, G.D. Borasio (2011), Änderungen des Therapieziels am Lebensende: Effekte einer Klinik-Leitlinie, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift, DOI 10.1055/s-0031-1298890, S. 4.

⁹¹ Vgl. R.J. Jox et alii (2010), Limiting life sustaining treatment in German intensive care units: A multiprofessional survey, in: Journal of Critical Care 2010, 25(3), S.413-419, S. 415.

⁹² Vgl. T. Hagen et alii (2011), Qualifizierungskurs Palliative Care für Seelsorgende. Curriculum und Einführung, Stuttgart, S. 59f.

bewertete das Vorliegen solcher Instrumente für den kommunikativen Prozess zwischen Team und Angehörigen als positiv. Zu einem ähnlichen Ergebnis kommen auch deutsche Vormundschaftsrichter noch vor Einführung des neuen Gesetzes zur Patientenverfügung, also noch vor einer deutlich erhöhten rechtlichen Sicherheit,⁹³ die diese Instrumente aus einer ganz anderen beruflichen Perspektive bewerten. Für die hohe Akzeptanz dieser Instrumente innerhalb der untersuchten Stichprobe spricht auch die hohe Anzahl an Antwortenden, die angab, für sich selbst mindestens eines der genannten Instrumente erstellt zu haben. Die Angaben liegen deutlich höher als geschätzte Angaben in der deutschen Gesamtbevölkerung.⁹⁴ Ein erstaunlich hoher Prozentsatz der Seelsorgenden gab an, bei Patienten und deren Angehörigen diese Thematik angesprochen zu haben. Dies ist insofern überraschend, als dass aus anderen Untersuchungen bekannt ist, dass nicht-ärztliches Personal bezüglich medizinischer Themen selten die Initiative ergreift⁹⁵ und spricht umso mehr für ein Begegnen mehrerer Disziplinen auf Augenhöhe im beruflichen Kontext des in dieser Studie untersuchten Kollektivs.

Tötung auf Verlangen war einer der im Fragebogen angesprochenen kontrovers diskutierten Sachverhalte, der von den Seelsorgenden großteils abgelehnt wurde. Damit spiegelt das Votum der Antwortenden die aktuelle gesetzliche Lage in der Bundesrepublik Deutschland wider: laut §216 StGB ist die Tötung auf Verlangen und auch ihr Versuch strafbar.⁹⁶ Auch ethische Bewertungen sehen eine Tötung auf Verlangen kritisch. F. Oduncu beispielsweise sieht in einer Legalisierung einer Tötung auf Verlangen ein „moralisches Paradox“:⁹⁷ entstanden aus dem Wunsch, die durch eine paternalistische Medizin schwache Position des Patienten zu stärken, erwachse aus der Legalisierung dieser Praxis eine Schwächung derselben aufgrund der Tatsache, dass ein Übergang einer Tötung auf Verlangen in eine Tötung ohne Verlangen möglich bzw. in

⁹³ Vgl. A. Simon et alii (2004), Einstellungen deutscher Vormundschaftsrichterinnen und -richter zu medizinischen Entscheidungen und Maßnahmen am Lebensende: erste Ergebnisse einer bundesweiten Befragung, in: MedR 2004, 6, DOI: 10.1007/s00350-004-1177-7, S. 303-307; S. 305.

⁹⁴ Vgl. Deutscher Bundestag, Zwischenbericht der Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin-Patientenverfügungen (2004), <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/15/037/1503700.pdf>, Aufrufdatum: 21.05.2013.

⁹⁵ Vgl. J. Benbenishty et alii (2006), Nurse involvement in end-of-life decision making: the ETHICUS Study, in: Intensive Care Medicine, 2006, 32, DOI 10.1007/s00134-005-2864-1, S. 129-132, S. 130.

⁹⁶ Vgl. §216 StGB (2001), <http://dejure.org/gesetze/StGB/216.html>, Aufrufdatum: 17.08.2012.

⁹⁷ F. Oduncu (2007), Sterbebegleitung und Sterbehilfe-medizinethische Aspekte, in: Gynäkologie 2007, 40, DOI 10.1007/s00129-007-2073-9, S. 947-953, S. 950-52, S. 952.

den Staaten, in denen sie praktiziert wird, sogar beobachtbar sei.⁹⁸ Oduncu fordert stattdessen eine großflächigere Versorgung mit palliativmedizinischer Betreuung.⁹⁹ Er beruft sich dabei auf Untersuchungen, die zeigen, dass Menschen, die Erfahrungen mit palliativer Versorgung gemacht haben, einer Legalisierung der Tötung auf Verlangen häufiger ablehnend gegenüberstehen als Menschen, bei denen dies nicht der Fall ist.¹⁰⁰ Auch dem assistierten Suizid steht ein Großteil der Antwortenden ablehnend gegenüber. Diesbezüglich ist die rechtliche Lage nicht ganz so einfach zu beantworten. Zwar ist der Suizid als solcher nicht strafbar und deswegen kann auch die Assistenz bei einer an sich nicht strafbaren Handlung strafrechtlich nicht geahndet werden;¹⁰¹ die Musterberufsordnung der Bundesärztekammer verbietet den ärztlich assistierten Suizid jedoch auf der Basis des Standesrechts: „Ärztinnen und Ärzte haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen. Es ist ihnen verboten, Patientinnen und Patienten auf deren Verlangen zu töten. Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.“¹⁰² Das Votum der Seelsorgenden bezüglich des assistierten Suizids korreliert gut mit Angaben, die Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin bezüglich ihrer Haltung gegenüber dem assistierten Suizid gemacht haben: auch in dieser Stichprobe wird der ärztlich assistierte Suizid von nahezu 75% abgelehnt.¹⁰³ Dass eine Entscheidung in solchen Themen nicht immer leicht und mit einem Kreuz nicht einfach zu beantworten ist, wird auch in einigen zusätzlichen Anmerkungen bei diesen Fragen deutlich gemacht. Bezüglich des assistierten Suizids gibt es hierzu einige Stellungnahmen, die in dieser Frage dieser im Einzelfall äußerst schwierigen Entscheidung Rechnung tragen: die EKD spricht beispielsweise im Einzelfall „Verantwortungs- und Handlungsspielraum“¹⁰⁴ zu und auch einige Bischöfe der katholischen Kirche formulieren vorsichtig: „Es mag schwerste Krankheitsverläufe und Leidenszustände geben, angesichts derer ein Arzt nach sorgfältiger Gewissensprüfung zu dem Urteil kommt, dass er einem Suizidwunsch

⁹⁸ Vgl. ebenda, S. 950-952.

⁹⁹ Vgl. Ebenda, S. 953.

¹⁰⁰ Vgl. F.S. Oduncu, G. Hohendorf (2011), Die ethische Verantwortung des Arztes, in: Deutsches Ärzteblatt 2011, 108(24), A 1362-1366; A 1363.

¹⁰¹ Vgl. Hospizdienst Weinsberger Tal, Ist aktive oder passive Sterbehilfe rechtlich zulässig? Zur Rechtslage in der Bundesrepublik Deutschland (2002), http://www.hospiz-weinsberg.de/sthi_jur.htm, Aufrufdatum: 17.08.2012.

¹⁰² Bundesärztekammer: (Muster-)Berufsordnung 2011 (2011), §16 „Beistand für Sterbende“ www.bundesaerztekammer.de/downloads/MBO_08_2011.pdf, Aufrufdatum: 17.08.2012.

¹⁰³ Vgl. H.C. Müller-Busch et alii (2004), Attitudes on euthanasia, physician-assisted suicide and terminal sedation-a survey of the members of the German Association for Palliative Medicine, in: Medicine, Healthcare and Philosophy 2004, 7; 333-339; S. 335.

¹⁰⁴ Wenn Menschen sterben wollen, Eine Orientierungshilfe zum Problem der ärztlichen Beihilfe zur Selbsttötung (2008), http://www.ekd.de/download/ekd_texte_97.pdf, S. 6; Aufrufdatum: 17.08.2012.

seines Patienten nicht im Wege stehen soll.“¹⁰⁵ Auf die nötige Verantwortung in diesen Fragen verwies eine Antwort, die im Rahmen der Freitextangaben zu diesen Themen gemacht wurde. Sie soll exemplarisch zeigen, dass trotz des eindeutigen Votums auch andere Stimmen in der untersuchten Stichprobe zu finden waren:

„Gerade Fragen 22 bis 26 [Fragen zu Problemstellungen klinischer Ethik, 22-25, Anmerkung S.C.] müssen mehr diskutiert werden sowohl im Bereich Theologie als auch in der Medizin. Es muss nach menschlichen Lösungen gesucht werden. Schnell wird sich hinter Gott oder einem Standesethos 'versteckt', um denjenigen, um die es geht, ein Verbot zu erteilen. Letztlich bleibt die Frage: Wer entscheidet, dass jemand leben muss? Und um wen geht es eigentlich? Es geht für mich eher um machtpolitische Fragen als das Wahrnehmen von menschlicher Eigenverantwortung (die zugelassen werden muss).“

Ähnlich wie diese Antwort äußert sich auch Michael de Ridder bezüglich dieser Thematik: „Die zentrale Frage, die unsere Gesellschaft zu beantworten hat, lautet: Sind wir als ein Gemeinwesen mitfühlend genug, einem einsichtsfähigen Menschen, der trotz bestmöglicher medizinischer Versorgung und menschlicher Zuwendung weiter leidet, zu gestatten, sein Sterben zu beschleunigen?“¹⁰⁶

Während bezüglich der eben erwähnten Themen ein klares abweisendes Votum erzielt wurde und eine Therapiezieländerung von den Seelsorgenden in großer Mehrheit befürwortet wurde, ist die Haltung gegenüber einer Sedierung am Lebensende nicht so eindeutig auszumachen. Zwar befürworten etwa 75% der Antwortenden eine solche Maßnahme, doch ist zum einen an der „Tendenz zur Mitte“ („eher“), zum anderen an den Konditionen, an die die Seelsorgenden ihre Antworten binden (zusätzliche Anmerkungen) erkennbar, dass diese Thematik für die vorliegende Stichprobe nicht so eindeutig zu beantworten ist. Diese komplexe Haltung, die sich hierbei zeigt, spiegelt sich auch in Empfehlungen wider, die bezüglich der palliativen Sedierung auf eine große Sorgfaltspflicht und Abwägung im Rahmen dieser Maßnahme hinweisen.¹⁰⁷

¹⁰⁵ Gemeinsames Hirtenschreiben der katholischen Bischöfe von Freiburg, Strasbourg und Basel, „Die Herausforderung des Sterbens annehmen“ (2006), <http://www2.erzbistum-freiburg.de/fileadmin/gemeinsam/presse-pdf/hirtenwort-oberrhein-200607.pdf>, S. 7; Aufrufdatum: 17.08.2012

¹⁰⁶ M. de Ridder (2010), Wie wollen wir sterben? Ein ärztliches Plädoyer für eine neue Sterbekultur in Zeiten der Hochleistungsmedizin, München, S. 305.

¹⁰⁷ Vgl. G. Neitzke et alii (2010), Sedierung am Lebensende; Empfehlungen der AG Ethik am Lebensende in der Akademie für Ethik in der Medizin (AEM), in: Ethik in der Medizin 2010, 22(2), S. 140-147, S. 140f.

5.3. Leistungen und Limitationen der Studie

Die vorliegende Studie hat Limitationen. Sie bietet keine objektive Bewertung aktueller Praxis, sondern konzentriert sich auf das subjektive Erleben aus der Sicht der im Gesundheitswesen tätigen Seelsorgenden. Es wurde nur eine begrenzte Stichprobe untersucht und es besteht die Möglichkeit eines Bias bezüglich der Mitglieder in der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, deren Fragebögen nicht von den Antwortenden getrennt wurden, die nicht in dieser Gesellschaft Mitglied sind. Dieser Bias wurde jedoch durch die Frage nach der Einbindung in ein palliatives Arbeitsfeld minimiert. Zusätzlich ist, wie in allen Untersuchungen, die sich auf subjektive Parameter wie Zufriedenheit beziehen, ein Bias der sozialen Erwünschtheit möglich.

Die Rücklaufquote war relativ hoch. Sie liegt innerhalb der erwarteten Rücklaufquoten für nicht-medizinisches Personal.¹⁰⁸ Somit können die vorliegenden Daten für repräsentativ in der untersuchten Stichprobe erachtet werden. Die vorliegende Studie liefert erste verwertbare Ergebnisse über die Involvierung von Seelsorgenden bei Therapieentscheidungen im deutschen kulturellen Kontext; es wurden wertvolle Daten über die subjektive Sicht der Seelsorgenden bezüglich ihrer Rolle, Zufriedenheit und Sicherheit in diesen Prozessen gewonnen, ebenso wie Erkenntnisse über deren Haltung gegenüber medizinethisch relevanten Prozessen. Die subjektive Sicht der Seelsorgenden wird in künftigen Untersuchungen durch Wahrnehmungen dieser Aspekte durch die jeweils anderen an solchen Entscheidungen beteiligten Gruppen zu ergänzen sein: wie nehmen andere Berufsgruppen Seelsorgende wahr und wie bewerten Patienten bzw. deren Angehörige deren Arbeit? Interessant ist außerdem eine Evaluation bezüglich der angesprochenen Thematiken in anderen kulturellen Zusammenhängen. Wie bereits in anderen Studien festgestellt wurde, sind Therapieentscheidungen am Lebensende in hohem Maß abhängig von den religiösen und auch konfessionellen Hintergründen der daran beteiligten Personen.¹⁰⁹ Diesbezüglich wären weitere Daten aus anderen Regionen Europas interessant. Eine weitere wichtige Leistung der vorliegenden Arbeit ist der Nachweis der positive Effekte, die ein multiprofessionelles Team auf diverse Aspekte im beruflichen Umfeld hat. Auch diesbezüglich ist weitere Evidenz wünschenswert.

¹⁰⁸ Vgl. D.A. Asch, M.K. Jedrzejewski, N.A. Christakis (1997), Response rates to mail surveys published in medical journals, in: J Clin epidemiology 1997, 50(10), S. 1129-1136; S. 1131.

¹⁰⁹ Vgl. C.L. Sprung et alii (2003), End-of-Life Practices in European Intensive Care Units . The Ethicus Study. JAMA 2003; 290(6): 790-797, S. 794.

6. Zusammenfassung

Seelsorgende werden im Rahmen komplexer Therapieentscheidungen, insbesondere am Lebensende, häufig konsultiert. Ziel dieser Untersuchung war es, herauszufinden, wie Seelsorgende ihre Rolle in ethisch schwierigen Entscheidungsprozessen beschreiben.

Um dies herauszufinden, wurde ein Fragebogen an Seelsorger versandt, die in Einrichtungen des Gesundheitswesens tätig sind. In diesem Fragebogen waren unter anderem Angaben zur seelsorglichen Rolle und Fragen zu demographischen Daten enthalten, die auch Informationen bezüglich der Integration in verschiedene Teams (insbesondere multiprofessionelle Behandlungsteams) enthielten. Des Weiteren wurden die Erfahrungen mit den Instrumenten Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung, sowie die Haltung der Seelsorgenden bezüglich ethisch umstrittener Sachverhalte (z.B. aktive Sterbehilfe) erfragt. Die Daten wurden mithilfe von SPSS, Version 19.0 statistisch ausgewertet.

Es konnte ein Rücklauf von 59% erzielt werden, wobei letztlich 141 Fragebögen ausgewertet wurden. Die mittlere Konfrontationshäufigkeit mit Therapieentscheidungen am Lebensende wurde von den Seelsorgenden mit zwei bis drei Konfrontationen pro Monat angegeben. 74% der Antwortenden machten dabei die Angabe, mit den Entscheidungen, die in diesen Situationen getroffen werden, zufrieden zu sein. Demgegenüber erklärte nur ein Anteil von 48%, mit der Kommunikation im Rahmen dieser Entscheidungen zufrieden zu sein. Waren die Seelsorgenden Mitglieder eines multiprofessionellen Behandlungsteams, waren sie sowohl mit den getroffenen Entscheidungen als auch mit der Kommunikation, die im Rahmen dieser Entscheidungen stattfand, signifikant ($p \leq 0.05$) zufriedener.

Die Erfahrungen, die Seelsorgende mit den Instrumenten klinischer Ethik (Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht) machten, waren überwiegend positiv (88,7%). Überwiegend ablehnend äußerten sich die Antwortenden gegenüber den kontrovers diskutierten Sachverhalten aktive Sterbehilfe und assistierter Suizid, wohingegen sie eine Therapiebegrenzung und Sedierung am Lebensende mehrheitlich befürworteten.

Die vorliegenden Daten zeigen, dass Seelsorgende regelmäßig mit ethisch komplexen Entscheidungen konfrontiert sind. Es wurden erste Daten bezüglich ihres Rollenverständnisses erhoben. Die Integration in multiprofessionell arbeitende Teams

scheint dabei klare Vorteile zu haben. Auch bezüglich der im vorliegenden Kollektiv herrschenden Erfahrungen mit Instrumenten klinischer Ethik wurden erste wertvolle Informationen erzielt.

7. Publikationen

- Poster-Präsentation am EAPC-Kongress, Juni 2012, Trondheim:
Clemm S.K., Jox R.J., Borasio G.D., Roser T.
The role of chaplains in end-of-life treatment decisions and ethics consultation.
- Stephanie Clemm, Ralf J. Jox, Gian Domenico Borasio and Traugott Roser.
The role of chaplains in end-of-life decision making: Results of a pilot survey.
Palliative and Supportive Care, DOI:10.1017/S1478951513000266.

8. Literaturverzeichnis

Zeitschriftenaufsätze:

Asch, D.A., Jedrzejewski, M.K., Christakis, N.A. (1997), Response rates to mail surveys published in medical journals, in: *J Clin epidemiology* 1997, 5(10), S: 1129-1136.

Benbenishty, J. et alii (2006), Nurse involvement in end-of-life decision making: the ETHICUS Study, in: *Intensive Care Med*, 2006, 32, DOI 10.1007/s00134-005-2864-1, S. 129-132.

Bentele, K. (2010), Zur Rolle von Klinikseelsorgern in der klinischen Ethikberatung, in: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 2010, 56(1), S. 33-43.

Burns, J.P. et alii (2003), Do-not-resuscitate order after 25 years, in: *Crit Care Med* 2003, 31(5), S. 1543-1550.

Buser, K., Amelung, V.E., Schneider, N. (2008), German community pastors' contact with Palliative Care patients and collaboration with health care professionals, in: *Journal of Social Work in End-of-life & Palliative Care* 2008, 4(2), S. 85-100.

Carey, L.B., Cohen, J. (2007), Withdrawal of life support and chaplaincy in Australia, in: *Crit Care Resusc* 2007, 9(1), S. 34-39.

Carey, L.B., Cohen J. (2008), Religion, Spirituality and Healthcare treatment decisions: the role of chaplains in the Australian clinical context, in: *Journal of Healthcare Chaplaincy*, 2008, 15, DOI: 10.1080/08854720802698491, S. 25-39.

Carey, L.B., Cohen, J. (2009), Chaplain-Physician consultancy: when chaplains and doctors meet in the clinical context, in: *J Relig Health* 2009, 48, DOI 10.1007/s10943-008-9206-x, S. 353-367.

Carey, L.B., Cohen, J. (2010), Health Care chaplains and their role on institutional ethics committees: an Australia study, in: *J Relig Health* 2010 Jun; 49(2), S. 221-232.

Casarett, D.J. et alii (2011), One big happy family? Inderdisciplinary variation in job satisfaction among hospice providers, in: *Journal of Palliative Medicine* 2011, 14(8), S. 913-917.

Dörries, A., Hespe-Jungesblut, K. (2007), Die Implementierung Klinischer Ethikberatung in Deutschland. Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage bei Krankenhäusern, in: *Ethik Med* 2007, 19(2), S. 148-156.

Eibach, U. (2010), Krankenhausseelsorge unter den Bedingungen medizinischer und ökonomischer Rationalität, in: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 2010, 56(1), S. 3-15.

Ferrand, E. et alii (2003), Discrepancies between perceptions by physicians and nursing staff of Intensive Care Unit end-of-life decisions, in: *Am J Respir Crit Care Med* 2003, 167, DOI: 10.1164/rccm.200207-752OCS, S. 1310-1315.

Fitchett, G. et alii (2011), The role of professional chaplains on Pediatric Palliative Care teams: Perspectives of physicians and chaplains, in: *Journal of Palliative Medicine* 2011, 14(6), S. 704-707.

Fox, E., Myers, S., Pearlman R.A. (2007), Ethics Consultation in United States Hospital: A National Survey, in: *The American Journal of Bioethics* 2007, 7(2), S. 13-25.

Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung (2011), in: *Deutsches Ärzteblatt* 2011, 18(7), A 346-348.

Jox, R.J. et alii (2010), Limiting life-sustaining treatment in German intensive care units: A multiprofessional survey, in: *Journal of Critical Care* 2010, 25(3), 2010, S. 413-419.

Jox, R.J., Winkler, E.C., Borasio, G.D. (2011), Änderungen des Therapieziels am Lebensende: Effekte einer Klinik-Leitlinie, in: *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, DOI 10.1055/s-0031-1298890.

Ley, F. (2004), Rationalisierung und Rationierung – Zum aktuellen Problemhorizont klinischer Ethik-Komitees, in: *Gesundheit-Gesellschaft-Wissenschaft* 2004, 4(2), S. 7-15.

Mahowald, M.B. (1989), Hospital Ethics Committees: Diverse and Problematic, in: *HEC Forum*, 1989, 1, S. 237-246.

McDaniel, C. (1999), Clergy Contributions to Healthcare ethics Committees, in: *HEC Forum* 1999, 11(2), S. 140-154.

McNeill, P.M., Berglund, C.A., Webster, I.W. (1994), Ethics at the border of medical research: How much influence do various members have within research ethics committees?, in: *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 1994, 3(4), S. 522-532.

Mellon, B.F. (2003), Faith-to-Faith at the Bedside: Theological and Ethical Issues in Ecumenical Clinical Chaplaincy, in *Christ Bioeth* 2003, 9(1), S. 57-67.

Michalsen, A., Reinhart, K. (2006), „Euthanasia“, a confusing term, abused under the Nazi Regime and misused in present end-of-life debate, in: *Intensive Care Medicine* 2006, 32, DOI 10.1007/s00134-006-0256-9, S. 1304-1310.

Müller-Busch, H.C. et alii (2004), Attitudes on euthanasia, physician-assisted suicide and terminal sedation-a survey of the members of the German Association for Palliative Medicine, in: *Medicine, Healthcare and Philosophy* 2004, 7, S. 333-339.

Neitzke, G. et alii (2010), Sedierung am Lebensende; Empfehlungen der AG Ethik am Lebensende in der Akademie für Ethik in der Medizin (AEM), in: *Ethik in der Medizin* 2010, 22(2), S. 140-147.

Oduncu, F.S. (2007), Sterbebegleitung und Sterbehilfe-medizinethische Aspekte, in: *Gynäkologe* 2007, 40, DOI 10.1007/s00129-007-2073-9 S. 947-953.

Oduncu, F., Hohendorf, G. (2011), Die ethische Verantwortung des Arztes, in *Deutsches Ärzteblatt* 2011, 108(24), A1362-1366.

Roser T. et alii (2010), Einblicke in die spirituelle Begleitung am Lebensende, in: *Zeitschrift für Palliativmedizin* 2010, 3, S. 130-132.

Simon, A. et alii (2004), Einstellungen deutscher Vormundschaftsrichterinnen und – richter zu medizinischen Entscheidungen und Maßnahmen am Lebensende: erste Ergebnisse einer bundesweiten Befragung, in: *MedR* 2004, Heft 6, DOI: 10.1007/s00350-004-1177-7, S. 303-307.

Sprung C.L. et alii (2003), End-of-life Practices in European Intensive Care Units-the ETHICUS Study, in: *Caring for the Critically Ill Patient JAMA*, 2003; 29(6), S. 790-797.

Sprung C.L. et alii (2008), Reasons, considerations, difficulties and documentation of end-of-life decisions in European intensive care units: the ETHICUS Study, in: *Intensive Care Med* 2008, 32, DOI 10.1007/s00134-007-0927-1, S. 271-277.

Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer zur Ethikberatung in der klinischen Medizin (24. Januar 2006), in: *Deutsches Ärzteblatt* 2006, 103(24), A 1703-1707.

Sulmasy, D.P. (2002), A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life, in: *Gerontologist* 42(3), S. 24-33.

Task Force SCCM. Consensus report on the ethics of foregoing life-sustaining treatments in the critically ill. Task Force on Ethics of the Society of Critical Care Medicine (1990), in: *Crit Care Med* 1990, 18(12), S. 1435-1439.

Vanderwerker, L.C. et alii (2008), Selected findings from the „New York“ and the „Metropolitan“ Chaplaincy Studies: A 10-year comparison of Chaplaincy in the New York area, in: *Journal of Healthcare Chaplaincy* 2008; 15, DOI: 10.1080/08854720802698483, S. 13-24.

Vorstand der Akademie Ethik in der Medizin e.V. (2010), Standards für Ethikberatung in Einrichtungen des Gesundheitswesens, in: *Ethik Med* 2010, 22, DOI 10.1007/s00481-010-0053-4, S. 149-153.

Wiesing U. et alii (2010), A new law on advance directives in Germany, in: *J Med Ethics* 2010, 36, DOI: 10.1136/jme.2010.036376, S. 779-783.

Williams, M.L. et alii (2006), How well trained are clergy in care of the dying patient and bereavement support? in: *Journal of Pain and Symptom Management*, 2006, 32(1), S. 44-51.

Winkler, E.C. (2009), Sollte es ein favorisiertes Modell klinischer Ethikberatung für Krankenhäuser geben? – Erfahrungen aus den USA, in: *Ethik Med* 2009, 21, DOI 10.1007/s00481-009-0027-6, S. 309-322.

Artikel in Sammelbänden:

Doyle D et alii (1998), Introduction, in: Doyle, D., Hanks, G.W.C., MacDonald, N. (1998), *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, Oxford.

Internetquellen:

Association of Professional Chaplains, Guidelines for the Chaplain's Role in Health Care Ethics (2000), <http://www.professionalchaplains.org/content.asp?contentid=204>, Aufrufdatum: 13.09.2011.

Bürgerliches Gesetzbuch (2008), §1897, <http://dejure.org/gesetze/BGB/1897.html>, Aufrufdatum 14.01.2014.

BGH-Urteil vom 25.06.2010 (2010), <http://juris.bundesgerichtshof.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=bgh&Art=eb&nr=52999&pos=0&anz=1>, Aufrufdatum: 17.08.2012.

Bundesärztekammer: (Muster-)Berufsordnung 2011 (2011), §16 „Beistand für Sterbende“, www.bundesaerztekammer.de/downloads/MBO_08_2011.pdf, Aufrufdatum: 17.08.2012.

Bundesministerium für Gesundheit. Informationsangebote für Patienten (2011), <http://www.bmg.bund.de/praevention/patientenrechte/informationsangebote-fuer-patienten.html>, Aufrufdatum: 15.Februar 2012.

Deutscher Bundestag, Zwischenbericht der Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin-Patientenverfügungen (2004), <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/15/037/1503700.pdf>, Aufrufdatum: 21.05.2013.

Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V. (2009): Seelsorge in Palliative Care. Situationsanzeige und Empfehlungen zu kirchlich-diakonischem Handeln, http://www.diakonie.de/Texte-12_2009_PalliativeCare.pdf, Aufrufdatum: 07.08.2011.

Erzbistum Bamberg: Supervision - welche Ziele verfolgt Supervision? (2010), http://www.erzbistum-bamberg.de/erzbistum/ha_pastorales_personal/Supervision/welche_ziele.html, Aufrufdatum: 03. März 2012.

Evangelische Kirche im Rheinland - Statistischer Dienst im Landeskirchenamt. Statistik zur Synode 2010 (2010), <http://www.ekir.de/ekir/dokumente/Tab01.pdf>, Aufrufdatum: 11.02.2012.

Gemeinsames Hirten Schreiben der katholischen Bischöfe von Freiburg, Strasbourg und Basel, „Die Herausforderungen des Sterbens annehmen“ (2006), <http://www2.erzbistum-freiburg.de/fileadmin/gemeinsam/presse-pdf/hirtenwort-oberrhein-200607.pdf>, Aufrufdatum: 17.08.2012.

Geschäftsunfähigkeit: Folgen-Absicherung (2010), <http://www.kanzleimds.de/media/files/10D08M3938056A000.pdf>, Aufrufdatum: 17.08.2012.

Gesetzesbeschluss des Deutschen Bundestags, Drittes Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts (2009),
http://www.bmj.de/SharedDocs/Downloads/DE/pdfs/3_Gesetz_zur_Aenderung_des_Betreuungsrechts.pdf?__blob=publicationFile, Aufrufdatum: 17.08.2012.

Hospizdienst Weinsberger Tal, Ist aktive oder passive Sterbehilfe rechtlich zulässig? Zur Rechtslage in der Bundesrepublik Deutschland (2002), http://www.hospiz-weinsberg.de/sthi_jur.htm, Aufrufdatum: 17.08.2012.

Wenn Menschen sterben wollen, Eine Orientierungshilfe zum Problem der ärztlichen Beihilfe zur Selbsttötung (2008), http://www.ekd.de/download/ekd_texte_97.pdf, S. 6; Aufrufdatum: 17.08.2012.

WHO-Definition Palliative Care (2003),
<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>, Aufrufdatum: 13.09.2011.

§216 StGB (2001), <http://dejure.org/gesetze/StGB/216.html>, Aufrufdatum: 17.08.2012.

Monographien:

De Ridder, M. (2010), *Wie wollen wir sterben? Ein ärztliches Plädoyer für eine neue Sterbekultur in Zeiten der Hochleistungsmedizin*, München.

Hagen T. et alii (2011), *Qualifizierungskurs Spiritual Care für Seelsorgende. Curriculum und Einführung*, Stuttgart.

Kuhse, H., Singer, P. (1985), *Should the baby live? The problem of handicapped infants*, Oxford.

Steinkamp N., Gordijn B. (2005), *Ethik in der Klinik - ein Arbeitsbuch*, Neuwied.

Roser, T. (2007), *Spiritual Care. Ethische, organisationale und spirituelle Aspekte der Krankenhausseelsorge*, Stuttgart.

9. Abbildungsverzeichnis

Tabellen:

Tabelle 1:	Demographische Angaben
Tabelle 2:	Konfrontationshäufigkeit mit Therapiebegrenzung pro Jahr
Tabelle 3:	Entscheidungen am Lebensende
Tabelle 4:	Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht
Tabelle 5:	Rechtliche Fragestellungen

Abbildungen:

Abbildung 1:	Rolle der Seelsorge im Entscheidungsprozess
Abbildung 2:	Problemstellungen klinischer Ethik

10. Danksagung

Mein besonderer Dank gilt meinem Doktorvater Prof. Dr. Traugott Roser für die Überlassung des Themas und die allseits zielstrebige, motivierende und kompetente Betreuung bei der Erstellung der vorliegenden Arbeit.

Auch Herrn Prof. Dr. Gian Domenico Borasio und PD Dr. med. Dr. phil. Ralf Jox gilt mein aufrichtiger Dank für ihre wertvolle Hilfe zu jedem Zeitpunkt des Promotionsprojekts und insbesondere bei der Erstellung der Publikation.

Die konstruktiven Hinweise des Arbeitskreises Forschung und des Doktorandenkolloquiums der Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin waren mir eine große Hilfe; auch hierfür möchte ich mich herzlich bedanken.

Ich danke meinen Eltern, die mich immer liebevoll unterstützt haben und meinem Freund Sebastian, der einen großen Beitrag zum Gelingen der vorliegenden Arbeit geleistet hat.

11. Anhang: Fragebogen

Fragen zur Person

- Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich
- Alter ☐ ≤ 30 ☐ 31-40 ☐ 41-50 ☐ 51-60 ☐ 61-70 ☐ >71
- Konfession: ☐ römisch-katholisch ☐ evangelisch (EKD)
☐ freikirchlich ☐ andere _____

Berufsausbildung

MEHRFACHANTWORT MÖGLICH

- ☐ keine ☐ Theologisches / religionspädagogisches Studium
- ☐ Vikariat / Praktische Ausbildungsphase ☐ Promotion
- ☐ Klinische Seelsorgeausbildung oder vergleichbare pastoralpsychologische Qualifikation
- ☐ Palliative Care für Seelsorgende (120 Stunden) ☐ Kurs für Ehrenamtliche in Seelsorge (> 80 Stunden)
- ☐ Sonstige: _____

- Arbeitsfeld: ☐ Klinikseelsorger ☐ Gemeindeseelsorger
☐ Heimseelsorger

Stelle (MEHRFACHANTWORT MÖGLICH)

- Einsatz im Palliativbereich (Palliativstation, Hospiz o.ä.) ☐ ja ☐ nein
- Einsatz in der Intensiv- oder Notfallmedizin ☐ ja ☐ nein

Beauftragung durch

- ☐ Evangelische Kirche (EKD) ☐ Ortsgemeinde/ Pfarrgemeindeverbund
- ☐ Katholisches Bistum ☐ Freikirche
- ☐ Verein (z.B. Hospiz / Krebshilfe)
- ☐ Andere Religions- / Konfessionsgemeinschaft: _____ ☐ Sonstiges:

- Dauer der Berufsausübung: ☐ < 2 Jahre ☐ 2-5 Jahre ☐ 6-9 Jahre ☐ > 9 Jahre
- davon im Intensiv-/Notfallbereich: ☐ < 1 Jahre ☐ 1-3 Jahre ☐ 3-5 Jahre ☐ > 5 Jahre
- davon im Palliativbereich: ☐ < 1 Jahre ☐ 1-3 Jahre ☐ 3-5 Jahre ☐ > 5 Jahre

In welches Team sind Sie eingebunden (regelmäßige Teilnahme an Besprechungen, Informationsübergaben, Supervision etc.)

MEHRFACHANTWORT MÖGLICH

- ☐ Seelsorgeteam ☐ Multiprofessionelles Behandlungsteam
- ☐ Träger/Verwaltung der Einrichtung ☐ Ethik-Team (Ethikkomitee, Ethikberatung etc.)

Fragen zur Praxis

Wenn Patienten an unheilbaren, tödlichen Erkrankungen leiden, stellt sich oft die Frage, ob eine bestimmte lebenserhaltende Behandlung (z.B. Wiederbelebung, Beatmung) noch durchgeführt oder eine bereits begonnene Behandlung noch fortgeführt werden soll (**Therapiebegrenzung**).

1. Wie häufig werden Sie bei Ihrer Tätigkeit mit dieser Frage konfrontiert?

Etwa _____ Mal pro ☐ Woche / ☐ Monat / ☐ Jahr

2. Welches waren die häufigsten lebenserhaltenden Maßnahmen, die bei Ihren Patienten im Rahmen einer Therapiebegrenzung nicht mehr durchgeführt wurden und dadurch den Tod des Patienten nicht mehr aufhielten?

MEHRFACHNENNUNG MÖGLICH

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> künstliche Beatmung | <input type="checkbox"/> kreislaufwirksame Medikamente (z.B. Katecholamine) |
| <input type="checkbox"/> künstliche Ernährung | <input type="checkbox"/> Antibiotika |
| <input type="checkbox"/> künstliche Flüssigkeitszufuhr | <input type="checkbox"/> andere lebenserhaltende Medikamente |
| <input type="checkbox"/> Dialyse | <input type="checkbox"/> andere Maßnahmen: _____ |
| <input type="checkbox"/> Reanimation (Wiederbelebung) | |

4. Wie sicher fühlen Sie sich in Situationen, wo es um die Frage der Anwendung lebenserhaltender Maßnahmen am Lebensende geht?

☐ sehr sicher ☐ eher sicher ☐ eher unsicher ☐ sehr unsicher

5. Wie gut fühlen Sie sich durch Ihre fachliche Ausbildung (z.B. Studium, Seelsorgekurs) auf solche Situationen vorbereitet?

☐ sehr gut ☐ eher gut ☐ eher schlecht ☐ sehr schlecht

6. Was bereitet Ihnen in solchen Situationen die meisten Schwierigkeiten?

MEHRFACHNENNUNG MÖGLICH

- ☐ religiöse Zweifel oder Glaubensinhalte
- ☐ ethisch-moralische Zweifel oder Gewissensnöte
- ☐ die rechtliche Unsicherheit oder die Angst vor rechtlichen Folgen
- ☐ die Kommunikation mit Patient und/oder Angehörigen
- ☐ die Kommunikation mit den Kollegen der eigenen Berufsgruppe
- ☐ die Kommunikation mit den Kollegen der anderen Berufsgruppe (z.B. Ärzte, Pflegende)

8. Welche Art der Unterstützung wünschen Sie sich in solchen Situationen?

MEHRFACHNENNUNG MÖGLICH

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> offizielle Leitlinie für das Vorgehen | <input type="checkbox"/> häufigere Fortbildung |
| <input type="checkbox"/> spezieller Konsildienst | <input type="checkbox"/> geeignete Supervision |
| <input type="checkbox"/> ethische/rechtliche Beratung | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |

9. Wie läuft Ihrer Erfahrung nach der Entscheidungsprozess in solchen Situationen ab?

MEHRFACHNENNUNG MÖGLICH

- ☐ Der Oberarzt entscheidet.
- ☐ Die Entscheidung wird von einem Ärzteteam kollegial getroffen.
- ☐ Die Pflegekräfte werden in die Entscheidungsfindung mit einbezogen.
- ☐ Die Seelsorge wird in die Entscheidungsfindung mit einbezogen.
- ☐ Die Angehörigen werden in die Entscheidungsfindung mit einbezogen.
- ☐ Anderes:
-

10. In welcher Rolle ist Seelsorge an diesen Entscheidungsprozessen beteiligt?

MEHRFACHANTWORT MÖGLICH

- ☐ Moderation
- ☐ Beratung aus theologisch-ethischer Fachperspektive
- ☐ Anwalt des/der Patienten/in
- ☐ Anwalt der An- bzw. Zugehörigen
- ☐ Vertreter der Amtskirche
- ☐ Mitglied des Behandlungsteams

11. Wie zufrieden sind Sie mit den Entscheidungen, die in solchen Situationen getroffen werden?

- ☐ sehr zufrieden ☐ eher zufrieden ☐ eher unzufrieden ☐ sehr unzufrieden

12. Wie zufrieden sind Sie mit den Kommunikationsprozessen, die in diesen Situationen stattfinden?

- ☐ sehr zufrieden ☐ eher zufrieden ☐ eher unzufrieden ☐ sehr unzufrieden

Immer mehr Patienten nutzen die Möglichkeit, in einer **Patientenverfügung** frühzeitig festzuhalten, welche Behandlungsmaßnahmen sie in bestimmten Situationen wünschen bzw. ablehnen. Auch

verfassen immer mehr Patienten eine **Vorsorgevollmacht**, mit der sie eine Person ihres Vertrauens bevollmächtigen, Entscheidungen über die medizinische Behandlung für sie zu treffen.

13. Wie wirkt sich Ihrer Erfahrung nach das Vorliegen einer Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht auf die Kommunikationsprozesse zwischen Team und Angehörigen aus?

☐ sehr positiv ☐ eher positiv ☐ eher negativ ☐ sehr negativ ☐ keine Erfahrung

14. Wie häufig werden Sie in Ihrer seelsorgerlichen Tätigkeit mit Patientenverfügungen oder Vorsorgevollmachten konfrontiert?

Etwa _____ Mal pro ☐ Woche / ☐ Monat / ☐ Jahr

15. Haben Sie schon einmal Patienten oder Angehörigen gegenüber das Thema Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht angesprochen?

☐ ja ☐ nein

16. Haben Sie *für sich selbst* eine Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht erstellt?

☐ ja, eine Patientenverfügung ☐ ja, eine Vorsorgevollmacht
☐ ja, beides ☐ nein, weder noch

17. Wie oft werden Patientenverfügungen Ihrer Erfahrung nach befolgt?

In ca. ____ % der Fälle.

Nehmen Sie bitte Stellung zu folgenden Aussagen:

	widerspreche ganz	widerspreche eher	stimme eher zu	stimme ganz zu
18. Es macht rechtlich einen Unterschied, ob eine lebenserhaltende Therapie abgebrochen oder gar nicht erst begonnen wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Der Ehepartner des Patienten ist nach aktueller Rechtslage automatisch sein gesetzlicher Vertreter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Zur Ermittlung des mutmaßlichen Willens müssen konkrete Anhaltspunkte herangezogen werden, z.B. frühere Äußerungen des Patienten, religiöse Überzeugungen oder Wertvorstellungen.

☐ ☐ ☐ ☐

21. Ist ein Betreuer oder Bevollmächtigter vorhanden, dann ist die Patientenverfügung nichtig.

☐ ☐ ☐ ☐

22. Ob lebenserhaltende Maßnahmen beendet werden dürfen, muss das Betreuungsgericht entscheiden.

☐ ☐ ☐ ☐

23. Das Abschalten eines Beatmungsgeräts nach dem Willen des Patienten ist eine Form der aktiven Sterbehilfe.

☐ ☐ ☐ ☐

Wie ist Ihre Einstellung zu folgenden kontrovers diskutierten Sachverhalten

	Uneingeschränkt Dagegen	größtenteils dagegen	größtenteils dafür	uneingeschränkt dafür
24. Tötung auf Verlangen („Aktive Sterbehilfe“)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Assistierter Suizid („Beiheilfe zum Selbstmord“)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Therapiezielbegrenzung („Begrenzung lebenserhaltender Maßnahmen“)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Sedierung am Lebensende (Bewusstseinsdämpfung“)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28. Wie wichtig finden Sie die hier angesprochenen Themen?

☐ sehr wichtig ☐ eher wichtig ☐ eher unwichtig ☐ sehr unwichtig

29. Wie stark ist Ihr Bedürfnis nach Information bezüglich der hier angesprochenen Themen?

☐ sehr stark ☐ ausgeprägt ☐ eher gering ☐ gar nicht

Raum für weitere Anregungen / Kommentare (ggf. Rückseite benutzen):

S.Clemm / Dr. Dr. R. Jox / Prof. Dr. T. Roser / Prof. G.D. Borasio, März 2011

Eidesstattliche Versicherung

Clemm, Stephanie

Name, Vorname

Ich erkläre hiermit an Eides statt,

dass ich die vorliegende Dissertation mit dem Thema:

Die Rolle von Seelsorgerinnen und Seelsorgern bei Therapieentscheidungen und Ethikberatung am Lebensende

selbständig verfasst, mich außer der angegebenen keiner weiteren Hilfsmittel bedient und alle Erkenntnisse, die aus dem Schrifttum ganz oder annähernd übernommen sind, als solche kenntlich gemacht und nach ihrer Herkunft unter Bezeichnung der Fundstelle einzeln nachgewiesen habe.

Ich erkläre des Weiteren, dass die hier vorgelegte Dissertation nicht in gleicher oder in ähnlicher Form bei einer anderen Stelle zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht wurde.

Ort, Datum

Unterschrift Doktorandin/Doktorand